Rok XXXIX. Kraków, 3 Lutego 1900. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O anomaliach odruchów w szczególności kolanowych w przypadkach wiądu rdzenia.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

I.

W znakomitej swej monografii „O odruchach ścięgnistych i ich znaczeniu w patologii układu nerwowego", w której zostało zestawione piśmiennictwo, odnoszące się do odruchów, aż do r. 1893, uważa M. Sternberg odruchy ścięgniste, zgodnie z Erbem, a w przeciwieństwie do Westphala[1]), Wallera de Wattevilla, Gowersa, Ziehena i innych, jako rzeczywiste odruchy. Narząd i mechanizm odruchów przejmuje czynność swoją i zachowuje ją w następstwie bodźców czuciowych, dopływających doń bezustannie z obwodu ciała. Równowaga wszystkich tych wpływów warunkuje prawidłowe odbywanie się odruchów ścięgnistych. Zmiany zaś tu zdarzyć się mogące, fizyologiczne i patologiczne, dadzą się bez wyjątku, zdaniem Sternberga, objaśnić bądź to sprawami, umiejscowionemi w łuku odruchów *(Reflexbogen)*, bądź też zaburzeniami powyżej wzmiankowanej równowagi. Odruchy ścięgniste nie stoją w bezpośrednim związku przyczynowym ani z mechanicznem drażnieniem mięśni, ani z natężeniem ich *(Tonus)*, lub kojarzeniem się ruchów *(Coordination)*; zadanie ich fizyologiczne w ustroju polega raczej, według Sternberga, na zabezpieczaniu stawów przeciw uderzeniom i naciągnięciu[2]) *(Zerrungen)*. Ranke i Landois rozróżniają: 1. odruchy ścięgniste proste albo częściowe, znaczące się tem, że podrażnienie pewnej okolicy czuciowej wywołuje drganie li tylko jednego mięśnia lub ograniczonej ich gromady; 2. odruchy rozległe, bezładne, ogarniające w drgawkowych lub tężcowych drganiach znaczniejsze gromady mięśni lub też mięśnie całego ustroju, jak to ma miejsce np. w całym szeregu otruć, przy wodowstręcie, tężcu, histeryi i w chorobach innych. W dziele swem, opierającem się w założeniu i wnioskach między innemi na 6000 własnych spostrzeżeń, podaje Sternberg wyniki doświadczeń, odnoszących się do osobników zdrowych oraz obejmujących cały szereg chorób układu nerwowego, a nawet psychozy. Ten sam badacz dotyka w kilku li tylko krótszych uwagach takich przypadków wiądu rdzenia, w których odruchy kolanowe były zachowane i wyszczególnia parę tylko odnośnych przypadków. Okoliczność ta, jakoteż mała stosunkowo liczba przypadków, ogłoszonych przez innych autorów, powodują mnie do pomnożenia kazuistyki tego przedmiotu. Te moje uwagi kazuistyczne poprzedzam krótkiem zestawieniem dostępnego mi piśmiennictwa. Objaw Westphala, t. j. zniknięcie odruchów kolanowych, uważano, zwłaszcza w pierwszych czasach po ogłoszeniu rozpraw Westphala i Erba (w 5 tomie *Archiwum psychiatryi)*, za jeden z kardynalnych i najpierw występujących objawów wiądu rdzenia. Nie wahano się przy stwierdzeniu samego braku tego odruchu rozpoznawać wiądu rdzenia lub uważać odnośnego pacyenta za podejrzanego o tę chorobę, nie troszcząc się wcale o inne objawy. Późniejsze dopiero prace Bergera, Fourniera, Westphala samego, Fornaria, Picka, Martiusa, Vulpiana, Hirta i innych wykazały, że zachodzą przypadki wiądu, w których odruchy kolanowe przez czas dłuższy lub krótszy, niekiedy aż do śmierci, (Delprat i Westphal) mogą być zachowane. Są to, jak podnosi Westphal, mianowicie te przypadki, w których zwyrodnienie dotyczy szyjowej i piersiowej części rdzenia, nie rozpościerając się na jego odcinek lędźwiowy i nie obejmując w nim zwłaszcza strefy wniknięcia korzeni *(Wurzeleintrittszone)*. Z drugiej strony w ostatnich czasach zwrócili uwagę Leyden i Eichhorst na to, że strefa wniknięcia korzeni do rdzenia lędźwiowego jest niekiedy, w początkach wiądu, zdrową i prawidłową, a że mimo to, skutkiem jednoczesnego zapalenia nerwów obwodowych, odruchu kolanowego brakować może (Przytoczono z Sternberga str. 114). Nieraz zniknięcie odruchu kolanowego w wiądzie rdzenia poprzedza wzmożenie się jego (Weiss, Weir Mitchell, Bamberger); niekiedy znowu spostrzegać można powolne i stopniowe jego znikanie. Goldflam stwierdził w 4,38% przez siebie spostrzeganych przypadków wiądu nierówność tego rodzaju, że siła odruchu była po jednej stronie prawidłową, a po drugiej słabszą. W przypadkach dłużej przez niego spostrzeganych nierówność ta była objawem przemijającym, który niejednokrotnie już po kilku miesiącach przechodził w zniknięcie odruchu kolanowego. Gowers przypuszcza, że nierówność wzmiankowana zależeć może od nierównomiernie postępującego zwyrodnienia po obu stronach rdzenia lędźwiowego, a zarazem od poszczególnych zmian chorobowych szlaku nerwowego *(Nervenleitung)*, jako to: rozpadu i zaniku rdzennika *(myelinum)* zwężenia włókienka osiowego *(Achsencylinder)* i t. d., poprzedzających zupełne zniszczenie włókien nerwowych *(Nervenfasern)*. Jackson i Goldflam spostrzegali przypadki wiądu rdzenia, w których zanikłe odruchy kolanowe wróciły po udarze mózgowym. W przypadku Taylora odruchy były wzmożone po stronie porażonej. Sternberg opisuje przypadek wiądu,

[1]) Według Westphala odruchy polegają na podrażnieniu mięśni, wywołanem wstrząśnieniem, udzielonem ich ścięgnom. Westphal powołuje się na doświadczenia fizyologiczne Schiffa i Freusberga i na zapatrywania A. Brandta.

[2]) Ranke, Landois i inni przypisują odruchom ścięgnistym prócz tego zadanie łączenia i porządkowania ruchów dowolnych w harmonijną całość.

w którym odruchy kolanowe nie okazywały typu rozpromieniania się *(Irradiation)* według praw Pflügera, lecz były skrzyżowane. Na objaw ten Sternberg nie znajduje dostatecznego wyjaśnienia w zmianach chorobowych wiądu. Rosenbach (przytoczony u Eulenburga: *Jahrbücher der gesammten Heilkunde I Jahrg. 1891)* podnosi wzmożenie odruchów brzusznych w przypadkach wiądu, zdających się pozostawać w pewnym antagoniźmie do zachowania się odruchów kolanowych w tej samej chorobie.

Spostrzegane przezemnie przypadki były następujące:

Spostrzeżenie I. Wywiady. Pacyent, artysta z zawodu, liczy lat 49 i nie jest neuropsychopatycznie obciążony. Rodzeństwo jego żyje dotąd z wyjątkiem jednego brata, który chorował i umarł na serce. Chory podaje, że w młodości swej cierpiał na zimnicę, później kilkakrotnie na rzeżączkę, a raz na wrzód miękki; nie przyznaje jednakże, by chorował kiedykolwiek na kiłę [1]). Od kilku lat dręczą go napady błyskawicznych bólów, występujące bądźto w tułowiu (brzuch i plecy), bądź też w kończynach, zwłaszcza dolnych. Podmiotowo nazywa pacyent te bóle zmiennymi, raz rwące, świdrujące, to znowu wstrząsające, cisnące lub piekące. Dolegliwości te wzmagają się zwłaszcza przy gwałtowniejszych zmianach ciepłoty otaczającej, wilgoci i ciśnienia powietrza. Chory skarży się nadto na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, na uczucie niepokoju w całem ciele, na błyskawiczne drgania mięśni, jakoteż na zbyt łatwo opanowujące go znużenie fizyczne i psychiczne. Sen pacyenta jest niespokojny i przerywany, łaknienie nieszczególne, stolec nieregularny.

Stan obecny i wyniki badania. Pacyent wzrostu słusznego i silnej budowy. Mięśnie słabo rozwinięte, i wiotkie zwłaszcza na kończynach dolnych. Podściółki tłuszczowej brak prawie zupełny. Cera twarzy blado-żółtawo-śniada. Tak samo mniej więcej zabarwiona jest skóra całego ciała. Dostępne dla oka błony śluzowe mają odcień lekko-różowy. Zęby złe, spróchniałe, pooddzielane przerwami. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni prawidłowa. Ruch oczu prawidłowy. Zwężone źrenice oddziałują wprawdzie na akomodacyę; brak w nich jednakże zupełny odczynu na światło (objaw Argyll-Robertsona). Odruchu kolanowego brakowało prawie zupełnie po stronie prawej przy pierwszej seryi badań chorego w roku 1895. Po stronie lewej wywołać można było uderzeniami w więzadła rzepkowe *(Ligam. patellae proprium)* słabe, szybko po sobie następujące kilkorazowe drgania mięśnia czworogłowego *(m. quadriceps)*. Przy ponownych badaniach pacyenta po upływie trzech kwartałów (1896 r.) stwierdzono: zupełne zniknięcie odruchu po stronie prawej; po stronie zaś lewej dostrzedz się dawał odruch opóźniony *(verzögert)*. Tę samą cechę przedstawiają następujące po sobie powtórzenia się tego odruchu, występujące już bez uderzenia. (Przedłużenie odczynu fizyologicznego). Odruchy ścian brzusznych nadzwyczajnie były wzmożone, ściany brzuszne przy wywoływaniu ich ściągają się pierścieniowato. Falowania odruchowe w okolicach pachwinowych. Czucie mięśniowe okazuje lekkie zboczenia. Wybitny objaw Rosenbacha; fenomen Romberga niezbyt wyraźny. Wrażliwość skóry i czucie bólu przytępione. Chód pacyenta bezładny *(ataktisch)*, ciężki chwiejny, o szerokich śladach podeszwowych, a prócz tego utrudniony płaską nogą *(Platfuss)* w obu kończynach. Chory z trudnością tylko powstać może z siedzenia. Leżąc zaś wprawdzie może dotknąć piętą kolana kończyny drugostronnej, ale czyni to niezręcznym i niepewnym ruchem, jakby rozmachem. Czynność serca jest przyspieszona i nierówna. Uderzenia serca, zwłaszcza jego koniuszka, niewyczuwalne. Tony serca tępe, arytmiczne i zmienne co do siły. Tętno sprychowe przyspieszone, słabe i arytmiczne. Tętnica sprychowa okazuje zmienną szerokość, wysokość i napięcie. Mocz zawiera małą ilość śluzu, innych składników patologicznych w nim niema. Ciężar jego gatunkowy wynosi 1024. Czynność płuc i innych narządów wewnętrznych prawidłowa.

Twarz chorego robi wrażenie silnie odczuwanego cierpienia i przygnębienia, zwłaszcza wśród powyżej opisanych napadów doznaje on łatwo i szybko po sobie następujących zmian tła i nastroju uczuciowego. Głos i wyraz twarzy sprawiają częstokroć wrażenie nadmiernego wzruszenia.

Rozpoznanie: *Wiąd rdzenia w okresie ruchów bezładnych (Ataxia) na podstawie kiły.*

Leczenie polegało na lekkiem mięsieniu całego ciała rozłożonem na cztery posiedzenia, na galwanizacyi rdzenia, faradyzowaniu mięśni, jakoteż na biernej i czynnej gimnastyce, przedsiębranej z wielką ostrożnością.

Przebieg choroby był zmienny: po peryodycznych polepszeniach, następowały pogorszenia.

Spostrzeżenie II. Pacyent neuropsychopatycznie nie obciążony, liczy lat 28 i jest aktorem z zawodu. Przed pięciu laty chorował na kiłę i przebył wtedy $2^1/_2$ miesięczne leczenie, polegające na wcierkach rtęci. Skarży się on na bezsenność, wzmożoną drażliwość i wrażliwość. Tło uczuciowe jego waha się pomiędzy zobojętnieniem, przygnębieniem, a wybuchowo następującemi wzruszeniami. Od czasu do czasu opada chorego fizyczne i duchowe znużenie. Odpowiednio do tych stanów fizyczna i psychiczna energia jego przedstawia ciągłe wahania się. Chory twierdzi stanowczo, że choroba jego jest wiądem rdzenia, wyobrażając sobie, że nieznacznie rozszerzone żyły na skórze tułowia, a zwłaszcza na dolnych kończynach, oraz rozszerzona żyłka na białkówce oka, są oznakami tej choroby.

Zauważyć należy, że chory w ostatnich czasach rozczytywał się w pracach, odnoszących się do tego schorzenia. Sen pacyenta niespokojny, łaknienie nierówne, stolec zatrzymany.

Stan obecny: Chory miernie zbudowany, mięśnie jego i podściółka są średnio rozwinięte. Skóra twarzy i całego ciała jest barwy żółtawej; dostępne dla wzroku błony śluzowe blado-różowo zabarwione. Odczyn źrenic na światło leniwy, na akomodacyę prawidłowy. Źrenica prawa rozszerzona i ma kształt eliptyczny w następstwie zapalenia kiłowego tęczówki i garbiaka (*staphyloma*) rogówki. Ruch oczu prawidłowy. Odruchy kolanowe dają się wywołać obustronnie, następują jednakże z opóźnieniem, mianowicie ukazują się mniej więcej w $^1/_4$ sekundy po uderzeniu więzadła rzepkowego ręką lub młoteczkiem. (Opóźnienie odczynu fizyologicznego). Dwa dal-

[1]) Orzeczenie to chorego stoi w sprzeczności z podaniem jednego z jego przyjaciół, oraz lekarza; oba mniej zapewnili że pacyent przebył kiłę przed laty.

sze odruchy kolanowe, występujące już bez uderzenia następują w tych samych mniej więcej odstępach czasu. Powtórzone kilkakrotnie uderzenie w więzadło rzepkowe wywołuje w prawem kolanie uczucie, jakoby ono było obciągnięte obręczą; ta sama procedura powoduje po stronie lewej to samo uczucie, lecz nie w kolanie, ale w przegubie stopy. Odruchy brzuszne są tak wzmożone, że falistem wstrząśnieniem obejmują nietylko okolicę mięśnia prostego, lecz przenoszą się zarazem na mięsień brzuszny skośny, wywołując obustronnie silne pierścieniowate jego ściągania. Odruchu mięśnia dźwigającego jądro, *(Cremastereflex)* brakuje. Uczucie osłabienia w kończynach dolnych, leki bezwład ich ruchów. Czucie skórne i mięśniowe prawidłowe. Czynność serca przyspieszona, arytmiczna i osłabiona. Tony serca tępe, arytmiczne, lecz czyste. Uderzenia serca i jego koniuszka słabo dostrzegalne i ledwo wyczuwalne, w granicach prawidłowych. Tętnienie nadbrzuszne *(pulsatio epigastrica)* zajmowało całą okolicę brzucha. Tętnienie żył w okolicach pod- i nadobojczykowych rozpościera się obustronnie aż ku kątom dolnej szczęki. Tętno sprychowe przyspieszone (100 — 120 uderzeń na minutę), nierówne co do siły, arytmiczne. Tętnica sprychowa o nierównej szerokości i napięciu.

Wyraz twarzy i postawy zmienny, odźwierciadlający raz znużenie, ból, niepokój, lęk, to znowu zobojętnienie lub przygnębienie.

Rozpoznanie: *Początki wiądu rdzenia na podstawie kiły.*

Przebieg cierpienia nie jest mi znany, ponieważ pacyent po kilku konsultacyach opuścił Monachium i o dalszym rozwoju choroby nic mi nie doniósł.

Powołując się na przypadki Westphala, Picka i innych z jednostronnem zachowaniem odruchu kolanowego, w których wykonaną została obdukcya, przypuszczać można w pierwszym, ze spostrzeganych przezemnie przypadków, że prawostronna strefa wniknięcia korzeni *(Wurzeleintrittszone)* w odcinku lędźwiowym rdzenia uległa z czasem zupełnemu zniszczeniu. Klinicznie przemawia za tem ostateczne zupełne zniknięcie odruchu odnośnego po stronie prawej. Występowanie zaś odruchów kolanowych po stronie lewej przemawia klinicznie za tem, że strefa odpowiednia po tej samej stronie wolną była od zwyrodnienia. Oznak zapalenia nerwów obwodowych brakło najzupełniej w obu przypadkach.

Pod względem jakościowym przedstawiały odruchy te w przypadku pierwszym początkowo po stronie lewej typ drgawkowy Erba i Benedikta[1]). Później zaznaczyły się te same odruchy jakością inną, okazując przedłużenie odczynu fizyologicznego, oraz dłuższe przestanki pomiędzy dalszemi, bez uderzenia w więzadło rzepkowe występującemi drganiami mięśnia czworogłowego. W drugim przezemnie spostrzeganym przypadku wiądu odruchy podkolanowe okazywały obustronnie typ opóźnienia fizyologicznego. Przestanki zaś pomiędzy drganiami dalszemi mięśnia czworogłowego były dłuższe jeszcze niż w przypadku pierwszym. W obu powyższych przypadkach wypada mi prócz tego zaznaczyć pewne wybitne przeciwieństwo pomiędzy odruchami kolanowymi a odruchami ścian brzusznych. Podczas gdy pierwsze występowały z opóźnieniem i dostrzegać się dawały jako leniwe, niezbyt silne drgania mięśnia odnośnego, odruchy, ścian brzusznych przedstawiały się jako szerokie, żywe, silne, szybko po sobie następujące falowania, ogarniające obustronnie zwłaszcza mięsień ukośny zewnętrzny *(m. obliquus abdominis externus).*

Przypadającej w drugim przypadku wiądu rdzenia różnicy wzmiankowanego powyżej nieprawidłowego uczucia w prawej i lewej kończynie dolnej wytłómaczyć nie podobna przy dzisiejszym stanie nauki. Znakomite zkądinąd prace Brown-Séquarda, Schiffa, Flechsiga, Charcota, Pierreta, Edingera, Bechterewa, Jelgersmy i innych, odnoszące się bądźto do fizyologii, bądź też do patologii czucia i uczucia, nie dają dostatecznego wyjaśnienia co do obwodowej lokalizacyi i projekcyi tych stanów i nastrojów.

[1]) Typ ten odruchów drgawkowych spostrzegał Benedikt tak w porażeniach mózgowych, jakoteż i wywołanych zapalnemi sprawami rdzenia (*myelitische u. cerebrale Formen der Lähmungen*), nadto w zaburzeniach kurczowych, biorących od rdzenia swój początek *(spinal-spastische Zustände).*

II. **Z pracowni kliniki ginekologiczno-położniczej prof. Dra H. Jordana.**

Gruczolako-mięśniaki *(Adenomyomata)* macicy.

Napisał

Docent Dr. L. Switalski.

(Dokończenie).

Uwzględniając zachowanie się gruczołów w mięśniaku podśluzowym przypadku drugiego, które jest takie same, jak w błonie śluzowej macicy, stosunek jego do ściany macicy, t. j. bezpośrednie ułożenie jego pod błoną śluzową i całkiem ścisły związek z utkaniem macicy, przychodzę do przekonania, że w tym przypadku utwory gruczołowe pochodzą z błony śluzowej macicy, a za tem zdaje się przemawiać jeszcze i ten szczegół, że im bliżej podstawy guza, im bliżej ściany macicy, ilość gruczołów staje się coraz mniejsza. Bezpośrednie pomieszczenie gruczołów poszczególnych śród warstwy mięsnej, brak w otoczeniu tkanki łącznej komórkowej, nie przemawia przeciw temu, bo takie same pomieszczenie gruczołów odsznurowanych spotykałem i w ścianie macicy.

O ile jest jasnem, że gruczoły mogą dostać się z błony śluzowej macicy do włókniaków, rozwijających się blizko błony śluzowej, o tyle trudnoby było przypuścić, aby gruczoły mogły się dostać już w życiu pozapłodowem we włókniaki zdala od błony śluzowej leżące, n. p. podsurowicze tak, że w tych przypadkach musi się przyjąć inne pochodzenie gruczołów. Pewna część autorów utrzymuje, że w tych przypadkach, w myśl teoryi Cohnheima, wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych podczas życia płodowego woreczki gruczołowe, względnie komórki przybłonkowe przewodów Müllera, zabłąkały się w pewne miejsce utkania macicy lub trąbek, gdzie znajdowały się zawiązki włókniaków, aby się tam dalej śród sprzyjających bliżej nieznanych warunków rozwijać.

To zapatrywanie podzielają Babesin, Diesterweg, Hauser, Schottländer, Ricker, Meyer, Lockstaedt, Orloff. Jakkolwiek teorya ta jest w stanie wytłó-

maczyć pochodzenie utworów gruczołowych we wszystkich włókniakomięśniakach, to jednak niema ona pewnej podstawy i dotąd nikomu nie udało się wykazać takich ognisk zbłąkanych.

Pewniejsze podstawy mają zapatrywania Recklinghausena, który pierwszy zajął się dokładniej badaniem gruczolakomięśniaków, badał ich większą liczbę bardzo szczegółowo i w maju 1893 na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarsko-przyrodniczego w Berlinie wygłosił twierdzenie, że utwory gruczołowe w pewnych gruczolakomięśniakach, mianowicie rozwijających się w obwodowych częściach ścian trzonu macicy i trąbek, pochodzą z pozostałości narządu Wolffa. Nader ścisły związek rozwojowy pomiędzy narządami Wolffa a kanałami Müllera, jak również rozwój mięśniakogruczolaków w tych miejscach trzonu macicy i trąbek, do których, na podstawie teoretycznego rozumowania, pozostałości narządu Wolffa najłatwiej by się dostać mogły, przemawia za twierdzeniem Recklinghausena.

Wiadomo, że narządy Wolffa po spełnieniu swej czynności wydzielniczej marnieją i tworzą dwie szczątkowe pozostałości: „epoophoron" *(parovarium)*, odpowiadające górnej części płciowej narządu Wolffa, ułożone pomiędzy jajnikiem a końcem brzusznym trąbki, i „paroophoron", odpowiadające części dolnej wydzielniczej narządu Wolffa, a które jest ułożone pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego dośrodkowo bliżej macicy, a według Waldeyra niekiedy nawet tuż przy macicy. Otóż Recklinghausen utrzymuje, że właśnie ta dolna część narządu Wolffa, „paroophoron", wskutek pewnych bliżej nieznanych zaburzeń rozwojowych może się dostać w utkanie trąbek lub trzonu macicy i stać się punktem wyjścia dla gruczolakomięśniaków trzonu macicy i trąbek.

Recklinghausen na podstawie swoich bardzo szczegółowych badań dochodzi do przekonania, że niektóre gruczolakomięśniaki trzonu macicy i trąbek mają w swej budowie pewien typ cechujący narząd tak, że zalicza je nawet do nowotworów, nazwanych przez Virchova „organoid".

Według Recklinghausena za pochodzeniem utworów gruczołowych z narządu Wolffa w niektórych gruczolakomięśniakach przemawia rozmieszczenie i budowa kanalików gruczołowych, które tak w całości, jak i w szczególności, przypominają budowę narządu Wolffa. Dalej przemawiają za tem według niego utwory kuliste lub półkuliste, znajdujące się na dnie rozszerzonych części kanalików gruczołowych *(ampullae)*, wysłane na powierzchni nabłonkiem sześciennym jednowarstwowym o tkance podstawowej bogato unaczynionej, składającej się z okrągłych komórek młodej tkanki łącznej; przypominają one zanikające kłębki, a Recklinghausen zowie je dla ich wątpliwej przyrody „pseudoglomeruli". Za charakterystyczne uważa także tak zwane „ciałka barwikowe" *(Pigmentkörper)*, ułożone w mniejszych lub większych gromadach śród rozszerzonych części kanalików. Są to dosyć duże, prawie kuliste komórki barwy żółtawej, zawierające jądro i ziarnka. Że kanaliki narządu Wolffa mogą dostać się podczas rozwoju płodowego w utkanie ściany trąbki w jej końcu brzusznym, o tem miałem sam sposobność się przekonać, zajmując się badaniem pozostałości ciała i przewodu pranerczia u płodów i dzieci płci żeńskiej. A mianowicie znalazłem w końcu brzusznym trąbki płodu ośmiomiesięcznego, śród ściany tuż pod otrzewną kanalik, mający wszystkie cechy kanalika narządu Wolffa. Podobnie jak i innym, nie udało się i mnie znaleść dotąd, w ośmiu badanych bardzo szczegółowo przypadkach, szczątkowych kanalików narządu Wolffa śród utkania macicy i części macicznej trąbki; owszem stwierdziłem, że we wszystkich przypadkach, w których „paroophoron" było utrzymane, leżało zawsze w pewnej odległości od macicy pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego tak, że należy przypuścić, iż pozostałości narządu Wolffa mogą się dostać w utkanie macicy i części macicznych trąbek tylko przy pewnych zaburzeniach rozwojowych, za czem zdaje się przemawiać i to, że gruczolakomięśniaki nierzadko występują przy wadach rozwojowych w częściach rodnych.

Recklinghausen dzieli gruczolakomięśniaki, rozwijające się z pozostałości narządu Wolffa według umiejscowienia na gruczolakomięśniaki trzonu macicy, kątów trąbkowych *(Adenomyome der Tubenwinkel)* i trąbek. Co się tyczy gruczolakomięśniaków trzonu macicy, to najczęściej występują w tylnej ścianie macicy i przy pewnej wielkości leżą śródmiąższowo, zawsze bliżej otrzewnej.

Gruczolakomięśniaki kątów trąbek dzieli Recklinghausen na twarde i miękkie. W pierwszych przeważają kanaliki gruczołowe nad tkanką włóknistomięsną, są przeważnie bezpośrednio w niej pomieszczone i ulegają przeważnie rozszerzeniu torbielkowatemu; w drugich kanaliki gruczołowe są mniej liczne, pomieszczone w tkance łącznej okrągłokomórkowej, bardzo bogato unaczynionej, zkąd pochodzi barwa ich czerwona.

Cechą wszystkich gruczolakomięśniaków w odróżnieniu od zwykłych mięśniaków jest to, że pierwsze mają kształt nieregularny i pozostają w bardzo ścisłym związku z utkaniem macicy, dlatego Recklinghausen nazywa je „infiltrirte Uterusfibroide" w odróżnieniu od drugich zwykle kształtu okrągłego *(Kugelemyome)* i odgraniczonych od miąższu macicy torebką łącznotkankową.

Jeżeli uwzględnię zapatrywania Recklinghausena i budowę gruczolakomięśniaków torbielkowatych w pierwszym naszym przypadku, to muszę przypuścić, że rozwinąć się one tu mogły tylko z pozostałości narządu Wolffa i że należą do twardych gruczolakomięśniaków kątów trąbek.

Za tem przemawia zachowanie się kanalików gruczołowych, ich stosunek do tkanki włóknisto mięsnej, ciała barwikowe *(Rys. I. a.)* i „pseudoglomeruli" *(Rys. I. b.)*. W przypadku naszym niema wprawdzie charakterystycznego ułożenia kanalików gruczołowych, ale sam Recklinghausen utrzymuje, że w gruczolakomięśniakach kątów trąbek utwory gruczołowe są zawsze nieregularnie rozrzucone i nigdy nie występują w odpowiedniem ugrupowaniu *(in geschlossener Ordnung)*, które typowo występuje tylko w gruczolakomięśniakach trzonu macicy. Tu muszę zwrócić jeszcze uwagę na jeden szczegół, przemawiający, zdaniem mojem, również za pochodzeniem kanalików gruczołowych z narządu Wolffa, a mianowicie wgłobienie kanalików gruczołowych, uwidocznione na *Rys. II.*, a które uważałbym za charakterystyczne dla kanalików narządu Wolfa. Wgłobień takich w gruczołach błony śluzowej macicy nikt nie spostrzegł; ja zaś znalazłem wgłobienie podobne w kanaliku narządu Wolffa u płodu sześciomiesięcznego.

Za pochodzeniem utworów gruczołowych z pozostałości narządu Wolffa przemawia w naszym przypadku również i symetryczne wystąpienie tych nowotworów w obu rogach

macicy; trudnoby bowiem przypuścić, aby ogniska zbłąkane w czasie życia płodowego tak symetrycznie zostały pomieszczone. Nie jest to zresztą w naszym przypadku przypadkowe, bo już Recklinghausen zwrócił na to uwagę, że gruczolakomięśniaki w kątach trąbek zwykle występują obustronnie. Niektórzy autorowie, jak Franké, Baraban i Lockstaedt utrzymują, że gruczolakomięśniaki kątów trąbek i trąbek mogą się rozwijać z nabłonka błony śluzowej trąbek, a opierają to na tej podstawie, że stwierdzili w swoich przypadkach związek utworów gruczołowych mięśniaków z nabłonkiem błony śluzowej trąbki. Jakkolwiek przypuszczenia tego wykluczyć nie można, to w każdym razie nie można go uogólniać, gdyż tam, gdzie błona śluzowa nie stoi w żadnym związku z nowotworem, jak to ma się rzecz w naszym przypadku, twierdzenie to odpada. Zresztą Recklinghausen, który również spostrzegał w niektórych przypadkach związek taki utworów gruczołowych z nabłonkiem błony śluzowej trąbek, utrzymuje, że związek taki może być także następowym w tych przypadkach, gdzie gruczolakomięśniak rozrasta się także ku błonie śluzowej.

W ostatnich czasach spostrzegano także kilka przypadków gruczolakomięśniaków pochwy (Herff 2 przypadki), Pfannenstiel i Pick) i w kanale pachwinowym (Recklinghausen, Pfannenstiel, Bluhm, Cullen, Blumer i Rosiński).

Gruczolakomięśniaki pochwy usadowione były zawsze w sklepieniu tylnem i rozrastają się albo ku światłu pochwy, albo też śród tkanki łącznej okołopochwowej. Gruczolakomięśniaki w kanale pachwinowym rozwijają się z więzadła okrągłego, z którem zawsze pozostają w związku, a w dalszym ciągu mogą się rozrastać w utkanie wargi większej (Recklinghausen, Cullen).

Przeważna część autorów, wraz z Recklinghausenem, uwzględniając zupełnie podobną ich budowę do gruczolakomięśniaków trzonu macicy, utrzymuje, że rozwijają się one także z resztek narządu Wolffa, a mianowicie z „paroophoron“, którego kanaliki wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych dostały się w te niewłaściwe miejsca.

Uwzględniając dwa odmienne składniki w gruczolakomięśniakach, należy się zastanowić, czy pomiędzy utworami gruczołowymi, a rozwojem mięśniaka zachodzi jaki związek przyczynowy. Rozumie się, że w gruczolakomięśniakach podśluzowych związku żadnego nie będzie, już bowiem do rozwijającego się mięśniaka dostają się przypadkowo utwory gruczołowe z błony śluzowej macicy tak, że chyba w dalszym ciągu przez drażnienie mogą wpływać tylko na szybszy rozrost tkanki mięsnej.

W przypadkach, w których gruczolakomięśniaki rozwijają się z resztek narządu Wolffa, w miarę rozrastania się woreczków gruczołowych rozrastają się i włókna mięsne.

Recklinghausen spostrzegał, co i ja w naszym pierwszym przypadku zauważyłem, że w wielu razach przebieg włókien mięśnych był dostosowanym do kanalików gruczołowych i na podstawie tego utrzymuje, że woreczki gruczołowe są pierwotne, a dopiero następowo rozwija się tkanka mięsna. Twierdzenie to odnosi Recklinghausen szczególnie do gruczolakomięśniaków, rozwijających się w kątach trąbek macicy. Co się tyczy wielkich gruczolakomięśniaków trzonu macicy, to Recklinghausen utrzymuje, że ta sama przyczyna, która wywołuje bujanie woreczków gruczołowych, wywołuje i bujanie tkanki mięsnej.

Orloff, przyjmujący teoryę Cohnheima dla gruczołów w mięśniakach, przypisuje gruczołom pewną rolę nawet i w rozwoju włókniaków zwykłych, twierdząc, że komórki nabłonkowe, które w czasie życia płodowego zabłąkały się pomiędzy młode komórki mięsne, stają się bodźcem do rozrastania tkanki mięsnej tak, iż jest bardzo prawdopodobnem, według niego, że włókniaki rozwijają się koło takich utworów nabłonkowych, które potem mogą zupełnie zaniknąć.

W końcu muszę nadmienić, że, według Freunda, rokowanie przy gruczolakomięśniakach, rozwijających się z pozostałości narządu Wolffa, jest gorsze, niż przy włókniakach zwykłych. Każde leczenie zawodzi i pozostaje tylko operacya radykalna, polegająca na wycięciu macicy.

Piśmiennictwo.

1. Aschoff. Cystisches Adenofibrom der Leistengegend *(Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1899 Bd. IX)*. 2. Babesiu. Ueber epitheliale Geschwülste in Uterusmyomen. (*Allg. Wiener medic. Zeitung 1882 Nr. 4 i 5*). 3. Bluhm. Zur Pathologie des Ligam. rotundum uteri. (*Arch. f. Gynaek. 1898. Bd. 55*). 4. Breuss. Ueber wahre epithelführende Cystenbildung in Uterusmyomen. Leipzig 1894. 5. Breuss. Zur Cystommyomfrage. (*Centr. f. Gynaek. 1894. S. 401*). 6. Cullen. Jahresbericht Frommel. 1896. S. 187. 7. Diesterweg. Ein Fall v. Cystofibroma verum. (*Zeitschrift für Geburt u. Gynaek. 1883. Bd. IX*). 8. Franke. Salpingitis nodosa isthmica u. Adenomyoma tubae. (*Centr. f. Gynaek. 1899. Nr. 42*). 9. Gottschalk. (*Centr. f. Gynaek. 1894. S. 129*). 10. Gebhard. Adenomyome. (*Handbuch der Gynaekologie von Veit. 1897. Bd. II.*). 11. Herff. Ueber Cystomyome und Adenomyome der Scheide. (*Cent. f. Gynaek. 1897. S. 783*). 12 Hauser. Ueber das Vorkommen von Drüsenschläuchen in einem Fibromyom des Uterus. *München medic. Wochenschrift 1898. Nr. 10*). 13. Kossman. Die Abstammung der Drüseuschlänche in den Adenomyomen des Uterus u. der Tuben. (*Arch. Gynaek. 1897. S. 359*). 14. Lockstaedt. Ueber Vorkommen u. Bedeutung von Drüsenschläuchen in den Myomen des Uterus (*Monat. f. Geb. u. Gynaek. 1898. Bd. VII*). 15. Meyer. Zur Genese der Adenomyome u. Cystadenome des Uterus. (*Centr. f. Gynaek. 1898. S. 759*). 16. Orloff. Zur Genese der Uterusmyome. (*Zeitschrift für Heilkunde.* 1898. Bd. XVI, referat z *Nowin lekarskich.* 1897. Nr. 8 i 9). 17. Palm. Eein Fall von Cystadenofibroma cervicis. (*Arch. f, Gynaek.* 1897. Bd. 53). 18. Pick. Die Adenomyome der Leistengegend u. des hinteren Scheidengewölbes. (*Arch. Gynaek.* 1898. B. 57). 19. Pfannenstiel. Ueber Adenomyom des Genitalstrauges. (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft für Gynaek. zu Leipzig, 1897. S. 195)*. 20. Recklinghausen. Ueber die Adenomyome des Uterus und der Tube. (*Wiener klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 29*). 21. Recklinghausen. Adenomyom des Ligam. rotundum. (*Centr. f. allgem. Pathologie und patholog. Anatomie. 1896 S. 862* . 22. Recklinghausen. Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwandung. Berlin. 1896. 23. Ribbert. Ueber die Entstehung der Geschwülste. (*Deutsch med. Wochenschrift.* 1895. Nr. 1 u. 2). 24. Ricker. Beitrage z. Aetiologie der Uterusgeschwülste. (*Arch. Virchov.* 1895. B 142). 25. Rosiński. Lymphangiectatisches Adenomyom des Ligam. rotundum. (*Centr. f. Gynaek.* 1899. Nr. 52). 26. Ruge. *Zeitschrift für Geburts. und. Gynaek. 1899. Bd. 17*). 27. Rieder. Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschlichen Weibe. (*Arch. Virchov.* 1884. Bd 96). 28. Schauta. Lehrb. der Gynaekologie. 1896. S. 355. 29. Schatz. Ein Fall von Fibroadenoma cysticum. (*Arch. f. Gynaek.* 1884. B. XXII). 30. Schottländer. Ueber drüsige Elemente in Fibromyomen des Uterus. (*Zeitschrift. f. Geb. und Gynaek.* 1893. Bd. XXVII). 31. Schröder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Organe, 1890. S. 282. 32. Świtalski. O pozostałościach ciała i przewodu pranercza u płodów i dzieci płci żeńskiej. Kraków. 1898. 33. Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1863. S. 200. 34. Voigt. Ueber Drüsenbildung in Myomen. (*Monatschrift für Geb. und Gynaek.* 1896. S. 9).

III. Z zakładu sądowo-lek. c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie).

Podał
Adolf Eugeniusz Klęsk
kandydat medycyny.

(Dokończenie).

Mówiliśmy dotąd o czynnikach ogólnych, które wpływają na jakość i częstość pojawiania się samobójstw. Zali-

czają do nich niektórzy i służbę wojskową. Może to po części i słusznie. Nagła zmiana stosunków, a nieraz i sposobu myślenia, mogą bez wątpienia wpłynąć na człowieka ujemnie. Samobójstwa w wojsku są bardzo częste. W Krakowie od roku 1892—1898 zdarzyło się ich 69, gdy w tym samym czasie u cywilnych (z kobietami) było ich 140, zatem na jedno samobójstwo u osób cywilnych, przypada 6 u wojskowych (w stosunku na ilość mieszkańców). Zważyć jednak to należy, że służbę wojskową odbywa się właśnie w wieku, najskłonniejszym do samobójstw. Wojskowi posługują się tylko trzema sposobami odbierania sobie życia, mianowicie: przez postrzał, powieszenie się i utopienie. Stosunek ich do siebie w Krakowie był następujący:

postrzałów	47
powieszeń	18
utopień	4
Razem . .	69

a więc jak 12: 4·5: 1.

Co do stopnia samobójców, to największy odsetek przypada na szeregowców. Na 69 pozbawiło się życia:

kapitan	1
porucznik starszy . .	1
kadet	1
wachmistrz	1
niższe stopnie . . .	3
szeregowcy	62

Roefisch przytacza 10 powodów samobójstw w wojsku. I tak na 2032 samobójstw wojskowych w Austryi było:

Obawa przed karą . . .	704
zgryzoty	279
długi	208
choroby umysłowe . . .	198
występki	178
przesyt życia	162
znęcanie się	98
nieszczęścia rodzinne . .	78
tęsknota za rodziną . .	76
cierpienia fizyczne . . .	51
Razem . .	2032

Cierpienia fizyczne stoją na ostatnim planie, bo do wojska bierze się ludzi zdrowych i silnych. Co do znęcania się, to nie jest ono bynajmniej głównym powodem, gdyż stanowi zaledwie $^1/_2$% ogólnej liczby.

We Francyi samobójstwa wojskowe w stosunku do cywilnych przedstawiają się jak 3:1; w Austryi zaś i Włoszech jest ten stosunek o wiele większy bo 8:1 lub 7:1. Prawie $^1/_5$ śmiertelności w wojsku austryackiem przypada na samobójstwa. Przedstawiamy tu zestawienie i porównanie samobójstw cywilnych i wojskowych, a to według Roefischa i Longuetta [1]), obliczonych na 100.000 mieszkańców:

Austrya. (1875 — 1887)
W. C.
122 16 (7:1)

Niemcy (1878 — 1889)
W. C.
87 19 (4:1)

Włochy (1874 — 1889)
W. C.
40 4·3 (8:1)

Francya (1872 — 1884)
W. C.
29 17 (2:1)

Rosya (1873 — 1889)
W. C.
20 3 (6:1).

Anglia (1875 — 1888)
23 7·5 (3:1).

Zestawienie, dokonane przez Wachholza, z przed lat sześciu [2]), daje nam możliwość porównania statystyki dawniejszej z obecną i obserwowania przebiegu samobójstw w Krakowie w ciągu 18 lat ostatnich. Porównanie to uwidoczniamy na tablicy poniżej przytoczonej:

	Od roku 1881—1892	do roku; 1892—3899
Ogółem samobójstw	166	209
Przeciętna ilość roczna	15	28
Stosun. mężczyzn do kob.	2:1	3:1
Ludność (przeciętn.)	70,000	80,000
Przeważają	otrucia	postrzały.

Liczba samobójstw w poszczególnych latach:

Rok 1881	14	Rok 1891	10
82	4	92	26
83	20	93	29
84	15	94	29
85	17	95	35
86	13	96	22
87	18	97	45
88	16	98	23
89	10		
90	19		

Z tablicy tej widzimy, że ilość samobójstw w ostatnich 7 latach bardzo się powiększyła. Nie wiele brakuje do dwukrotnej liczby, zaś w tym samym czasie ludność podniosła się tylko o $^1/_8$. Ilość samobójstw u mężczyzn powiększyła się znacznie w stosunku do kobiet i dlatego przeważają postrzały, a nie otrucia, jak dawniej. Co zaś się tyczy tych ostatnich, to podnieść znów należy, że miejsce dawniej częściej do samobójstwa używanego arszeniku i sinku potasowego, zajęły obecnie przetwory makowca, sublimat i kwas karbolowy.

Wreszcie chcielibyśmy jeszcze omówić pytanie bardzo często roztrząsane, mianowicie, czy samobójstwo dowodzi odwagi, czy też tchórzostwa? W łączności z tem zastanowimy się także nad psychologią samobójstwa.

Samobójstwo bynajmniej odwagi nie dowodzi, owszem, jest ono dowodem braku poczucia własnej siły, zaufania w siebie i otuchy w przyszłość. Dowodzą tego najlepiej listy, pozostawiane przez samobójców. Wielka szkoda, jak mówi Wolter, że nie wszyscy samobójcy podają powód odebrania sobie życia, gdyż przez to wyjaśniłaby się nam jedna z najciekawszych zagadek człowieka. Listy zostawiają zwykle ludzie młodzi, wykształceni i to głównie w usprawiedliwieniu siebie przed rodziną. Treść tych listów zwykle jest podobna. Samobójcy sami uznają czyn swój za nielegalny, mimo to

[1]) Odczyt na kongresie higieniczn. w Londynie 1891.

[2]) Wachholz: O samob. w ogóle, a w szczególności o samob. w Krakowie w r. 1881 — 1892.

jednak piszą, że muszą sobie życie odebrać, bo brak im sił i ochoty do życia. Oto dwa urywki z listów samobójców:

Pan S. (ze Lwowa) pisze:

„Ot i całe życie poszło na marne. Gdy wchodziłem w świat, wszystko się do mnie uśmiechało. Zdawało się, że przyszłość moja będzie jasną i pogodną. Wróżono mi powodzenie, majątek i szczęście,—wszystko zawiodło! Wina moja polega na tem, że nie potrafiłem się oprzeć fatalizmowi. — Spłacam ją mem życiem...!“

Pan K. (z Krakowa):

„Czemuż nie byłem taki, jak inni? Zawsze pragnąłem czegoś, — czego? nie wiem. Gdy inni byli zadowoleni, ja zaczynałem pragnąć dopiero. Szedłem ciągle naprzód, szukając, aż się dostałem— nad brzeg przepaści. Z przodu otchłań, z tyłu otchłań, ruszyć się nie można. Pozostał mi tylko mały kawałek gruntu pod nogami, a była nim rodzina. Na nim przez pewien czas tylko się utrzymywałem, lecz zanadto z wysoka biegłem, by się dłużej zatrzymać. Straciłem równowagę! Lecę w przepaść. — Plujcie mi w twarz, zapomnijcie o mnie, lecz wierzcie, żem nieszczęśliwy! Czynię podle, porzucając rodzinę, dla której mógłbym pracować, ale muszę, muszę, już późno!“

Czyż odważny człowiek tak postępuje? Kto umie walczyć z życiem, kto tyle chce, ile otrzymać może, samobójcą nie będzie.

Uciekać zaś przed przeciwnościami, obwiniać nie siebie w pierwszym rzędzie, lecz fatalizm i swą naturę, to dowód wielkiej słabości i braku hartu ducha. Na to jednak mógłby ktoś powiedzieć „zgoda, lecz samo odebranie sobie życia wymaga pewnej odwagi“. Lecz i to zdanie mylne. W najstraszniejszy sposób odbierają sobie życie zwykle bezsilni starcy, kobiety i dzieci. Widać z tego, że czyn sam jest wypływem jakiegoś chwilowego niedowładu umysłu. Samobójca w chwili aktu popada widocznie w pewien stan oszołomienia, traci władzę panowania nad sobą.

Dlatego też nie rzadko najlepsi strzelcy nie trafiają w siebie. Nieudałe próby zdwajają zaciekłość. Najczęściej też obraz sekcyjny przedstawia nam więcej zranień, szczególnie w przypadkach ran, zadanych nożem. Jeżeli sposób najpierw użyty zawiedzie, lub jeżeli jest bardzo bolesny, to samobójca używa innego; gdy i ten pożądanego skutku nie przyniesie, natenczas ucieka się samobójca do metod więcej radykalnych i w ten sposób powstają tak zwane samobójstwa kombinowane. Ocena porządku zranień lub uszkodzeń opiera się właśnie na tem, co wyżej powiedzieliśmy. W przypadkach, w których człowiek traci zaraz przytomność, a więc n. p. przy powieszeniu się, nie może być mowy o kombinacyi, (o ile inne sposoby nie poprzedzały powieszenia się), podobnie przy zagardleniu się i utopieniu. Tak n. p. w r. 1895 sekcyonowano w zakładzie medycyny sądowej pewnego 65-letniego izraelitę, który odebrał sobie życie w ten sposób, że zadawszy sobie kilkanaście ran w przedudzia, przedramiona i pachy, w końcu poderznął sobie gardło. W czerwcu (1899) znaleziono koło Mogiły zwłoki mężczyzny, który popełnił samobójstwo w ten sposób, że po podcięciu tętnic sprychowych zadał sobie ranę kłótą w klatkę piersiową, następnie rozpruł brzuch i w końcu rzucił się do Wisły. W Lubaczowie znów pewien masarz, rozpłatawszy sobie brzuch, wyjął jelita i pociął je nożyczkami.

Podobne zaciekłe kaleczenie się spotykamy bardzo często u obłąkanych i to popiera jeszcze więcej zdanie, że sam akt odebrania sobie życia odbywa się zwykle wśród wyjątkowego stanu umysłu samobójcy. Jeżeli uda się na czas przybyć z pomocą samobójcy, to ten zwykle nie pozwala się ratować, mimo to, że najczęściej przypisuje wszystko wypadkowi. Zdarzało się też nieraz, że samobójcy, uratowani od śmierci, obwiniali i innych o zamach na ich życie.

Samobójstwa mogą mieć powód w chwilowym stanie stosunków lub usposobienia człowieka, lub też są wypływem dłużej trwających okoliczności i dokładnej, zimnej rozwagi.

W pierwszym przypadku samobójca uratowany nie targa się więcej na swe życie, czynu swego się wstydzi i niechętnie o nim mówi. W drugim zaś zamachy powtarzają się ciągle i człowiek taki zwykle już stracony dla świata. Kobiety rzadziej ponawiają nieudałe próby, niż mężczyźni, i nieraz, po uratowaniu od śmierci, zaczynają w całej pełni cenić wartość życia. W ogóle u kobiet ze sfer wyższych samobójstwa są bardzo rzadkie. Mamy tu znów dowód, że brak sił i słabość nie uprawniają bynajmniej do samobójstwa. Gdyby tak było, to samobójstwa u kobiet i to szczególnie wykształconych musiałyby być częstsze, niż u mężczyzn. Tak atoli nie jest, a to dla tego, że jak z jednej strony przyroda uczyniła kobiety słabszemi, tak z drugiej obdarzyła je cierpliwością, ufnością w Boga, w lepszą przyszłość i poprawę losu a zamykając je w kółku rodzinnem, uchroniła zarazem od marzeń, żądz, pokus i wymagań, które rozdrażnić tylko mogą, — zaspokoić zaś nigdy. —

Kończąc składam serdeczne podziękowanie Czcigodnemu memu Profesorowi, Dr. Wachholzowi, za łaskawe użyczenie materyału i cenne wskazówki, a Wielmożnemu Drowi Fizykowi Buszkowi za udzielenie mi dat statystycznych.

IV. Wyciągi.

Calmette i Salimbeni: **Dżuma. Badania nad epidemią w Oporto w r. 1899. Leczenie surowicą.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, Nr. 12).

Od ostatnich wielkich epidemii, wyludniających Europę w zeszłym wieku, mór przycichł i utrzymując się w swej ojczyźnie na południu Chin, na stokach Himalajów i około źródeł Nilu rzadko tylko zapuszczał zagony ku Persyi, Mesopotamii, morzu Kaspijskiemu i Indyom. Nagle w r. 1894 wybuchła gwałtownie zaraza morowa w Hong-Kong. Rząd francuski i Instytut Pasteura wysłały wtedy Yersina, którego badania ukończyły się wykryciem prątka morowego, równocześnie prawie, niezależnie wykrytym przez Kitasatę. Zaraz też, nie czekając powrotu Yersina, rozpoczęli Roux, Borrel i Calmette pracować w Instytucie Pasteura nad wytworzeniem surowicy przeciwmorowej, którą potem, używszy do tego koni, rozpoczęto wytwarzać w większych ilościach. Surowicę tę zastósował Yersin po raz pierwszy w roku 1899 w Kantonie i Amoy ze znakomitym wynikiem. Z 26 leczonych zmarło tylko 2 zadżumionych, co odpowiada 7·6% śmiertelności; śmiertelność nieleczonych wynosiła współcześnie 90%. Surowicę tę otrzymywano przez szczepienie zwierzętom hodowli żywych i jadowitych prątków morowych. Aby uniknąć niebezpieczeństwa, połączonego z wytwarzaniem surowicy w ten sposób, próbowano wytworzyć ją potem zapomocą szczepienia samych jadów prątka morowego, względnie zabitych zapomocą ogrzania jego hodowli. Surowica ta okazała się wprawdzie skuteczną w doświadczeniach na zwie-

rzętach, lecz próby, podjęte z nią w Indyach w roku 1896 i 1897 przez Yersina i Simonda wydały nieszczególny wynik, obniżając śmiertelność z 80% co najwyżej na 50%. Wyprawy naukowe niemiecka i austryacka były świadkami tylko tych prób z ową gorszą surowicą i stąd nabrały przekonania, że jest ona mało skuteczną. Wobec tego i wobec coraz znaczniejszego rozszerzania się dżumy (w Indyach, na Madagaskarze, w Arabii, Egipcie, Syberyi południowo-wschodniej aż do okolic nadwołżańskich — Kolobowka), zdecydowano się w paryskim Instytucie Pasteura powrócić mimo wszelkich związanych z tem niebezpieczeństw do wyrobu surowicy pierwotnym sposobem. W chwili wybuchu pomoru w Oporto w sierpniu 1899 był już przygotowany pewien jej zapas, a Instytut Pasteura natychmiast wysłał z nim autorów do Portugalii.

Badania, podjęte przez autorów z pomocą władz sanitarnych miejscowych i delegatów naukowych kilku państw (z Hiszpanii, Norwegii i Rosyi) dla wykrycia źródła moru w Portugalii, stwierdziły, że pierwszy przypadek dotyczył tragarza portowego, który po wyładowywaniu zboża, nadesłanego z N. Yorku, zachorował jeszcze 5 czerwca. Potem do końca tego miesiąca zdarzyło się jeszcze 5 przypadków dżumy wśród jego towarzyszy, zamieszkałych w tym samym domu, i kilka dalszych na tej samej ulicy, i dopiero w końcu lipca wybuchła zaraza na szersze rozmiary, nieregularnie się rozsiewając w różnych punktach miasta. W chwili przybycia autorów do Oporto, 2 września, liczono już 64 przypadków i 28 śmierci (śmiertelność 43·7%). Dalsze poszukiwania stwierdziły, że mór, niewątpliwie bądźcobądź przywieziony drogą morską z jakimś zakażonym ładunkiem, nie dostał się do Oporto w czerwcu drogą bezpośrednią z Indyi, ani Egiptu, ponieważ okręty, przy których był zajęty pierwszy (wykryty!) chory, przybywały z N. Yorku lub z Londynu, co więcej, ładunek ich przez czas pewien przebywał w dokach londyńskich. W końcu jednak udało się stwierdzić, że jeszcze w maju zachorowało na dżumę w Paragwaju kilku Portugalczyków, przybywających z Oporto. Wskazuje to, że początek dżumy w Oporto jest wiele dawniejszy, niż przypuszczano, że prawdopodobnie datuje się on już od wczesnej wiosny, nie był jednak rozpoznany. Nie pozostaje więc nic innego, jak przyjąć, że dżumę do Oporto przywiozły jeszcze pod koniec zimy przybywające statki z Aleksandryi lub zatoki perskiej. Już w owym czasie zauważono niezwykle gęstą padlinę szczurów w okolicach portowych; dopiero znacznie później pojawił się pierwszy przypadek moru właśnie w dzielnicy portowej, wogóle nadzwyczaj brudnej, ciemnej, niehigienicznej i bardzo gęsto zaludnionej przez biedotę.

Aż do przybycia autorów leczono surowicą tylko 2-ch zadżumionych, z których jeden wyzdrowiał, drugi umarł. Lekarze miejscowi nie byli wcale pochopni do stósowania surowicy i zadawali bardzo małe jej dawki, nie wierząc wogóle w jej skuteczność. Aby sceptycyzm ten zwalczyć, urządzili autorowie naprzód próbne doświadczenia z surowicą na myszach i małpach wobec komisyi międzynarodowej, złożonej z obecnych wówczas w Oporto wysłanników lekarskich rozmaitych państw. Myszy po zaszczepieniu 0·02, a małpy po 2·0 cm. sześć. surowicy przetrzymywały bez żadnej szkody na zdrowiu zabójcze dawki hodowli prątka dżumowego, zadane im w 24—48 godzin po szczepieniu ochronnem. Surowica była równie skuteczną wobec prątka, pochodzącego z chorych w Oporto, jak i wobec prątka, przywiezionego z Indyi. Równie dobre było działanie leczące surowicy dla zwierząt; po zaszczepieniu zabójczej dawki prątków można było myszy uratować, zadając im 0·25 surowicy przed upływem 14 godzin po zakażeniu, małpy zaś, zapomocą powtarzanych dawek po 10 cm. sz., rozpoczynając leczenie nawet w 24 godzin po zakażeniu. Okazało się przy tem, że leczyć daje się u zwierząt nawet dżumowe zapalenie płuc, dotąd uważane za niewyleczalne. Króliki, u których zapalenie takie łatwo wywołać sztucznie i które giną na nie najdalej w ciągu 3 dni, można ocalić zapomocą 2 cm. sz. surowicy, wstrzykniętej do żył najdalej w 16 godzin po zakażeniu. Na zasadzie tych ostatnich doświadczeń wskazane były także i u ludzi próby lecznicze zapomocą wstrzykiwania surowicy wprost do żył.

Badanie kliniczne, względnie anatomo-patologiczne, przeprowadzili autorowie na 152 chorych w szpitalu zadżumionych. Znaczną większość tych przypadków stanowiły klasyczne przypadki postaci zwykłej, dymienicznej. Postać posocznicowata, opisywana przez tych, którzy badali dżumę w jej ojczyźnie, ma się cechować brakiem dymienic i obecnością prątków we krwi. Autorowie stwierdzili, że przy obecności prątków we krwi zawsze istniały dymienice w gruczołach limfatycznych wewnętrznych, stanowiąc dowód, że pierwotne zakażenie dotyczyło i tutaj narządu limfatycznego. Zakażenie krwi jest, zdaniem autorów, zawsze dopiero następowe, w rokowaniu ma ono zresztą znaczenie bardzo niekorzystne. Postaci płucnej pierwotnej spotkali autorowie tylko 3 przypadki, w których zawsze obok prątków dżumy istniało zakażenie mięszane (prątki grypy, dwoinki zapalenia płuc itd.). W tych razach zajęcie narządu limfatycznego było wtórne i objawiało się w postaci dymienic na szyi, nad obojczykiem itd. w 2—3 dniu choroby. W postaci tej prątki bardzo szybko przechodzą do krwi, a śmierć następuje 3—4 dnia. Oprócz pierwotnej dżumy płucnej istnieją także w innych postaciach moru powikłania ze strony płuc.

W przebiegu dżumy można odróżnić przypadki lekkie i ciężkie. W pierwszych, mających ogromne znaczenie epidemiologiczne, występuje obrzęk bolesny gruczołów limfatycznych w pasze, pachwinie lub na szyi, po kilku dniach osłabienie ogólne, bóle głowy, dreszczyki. Ciepłota ciała wzrasta do 38—38·5 i utrzymuje się tak 2 - 3 dni. Tętno 85—90, regularne. Nudności, czasem wymioty. Bezsenność lub majaczenia. Tymczasem gruczoły brzękną, nieraz do wielkości pomarańczy, tkanka otaczająca jest naciekła, skóra nad nimi zaczerwieniona, gorąca. W 5—7 dniu gruczoły miękną, przyczem gorączka dochodzi do 39—39·5°, spada zaś po nacięciu lub pęknięciu dymienicy i wylaniu się ropy. Stan ogólny bywa przytem niezły. W najlżejszych przypadkach nie przychodzi nawet do zropienia gruczołów, ani do obrzęku zapalnego sąsiednich tkanek. Bolesność gruczołów znika zwolna po 10—12 dniach, powiększenie gruczołów jednakże (zawierających jeszcze prątki) może utrzymywać się aż do miesiąca. W tych razach rozpoznanie musi się oprzeć wyłącznie na badaniu bakteryologicznem.

Dymienice zropiałe są bardzo niebezpieczne ze względu na szerzenie się dżumy, bo wydzielają obficie prątki przez czas dłuższy, nie dające się niekiedy wykazać wprost pod drobnowidem, ale zawsze wykazalne zapomocą hodowli.

W przypadkach ciężkich (stanowiących przeważną część spostrzeżeń, poczynionych przez autorów) występują niekiedy zwiastuny choroby: osłabienie, ból głowy, chwilowe bóle w miejscu późniejszych dymienic. Potem nagły dreszcz, lub coraz silniejsze dreszczyki, ból głowy, osłabienie, trwoga, wymioty pokarmami i żółcią, czasem biegunka, ból w brzęknących gruczołach, gorączka 39, 40° i wyżej, tętno częste, pełne, czasem dwubitne, ale regularne; spojówki nastrzykane, język suchy, od brzegów i na końcu czerwony. Później albo podniecenie, albo przygnębienie i śpiączka, w nocy bezsenność i bredzenia; utrudnienie mowy. Z objawów szczegółowych zasługują w tych ciężkich postaciach na uwagę przedewszystkiem dymienice, występujące zazwyczaj w kilku miejscach, a przynajmniej obok jednej dymienicy jest obrzęk gruczołów innych okolic ciała. Dymienice takie wytworzone są zwykle przez cały pakiet gruczołów; tkanka sąsiednia, a niekiedy skóra jest nacieklá i mieści liczne wybroczyny; na skórze tworzą się niekiedy pęcherzyki z treścią surowiczą; ciecz z tkanki nacieklej jest gęsta, krwawa, krzepnie klejowato na powietrzu, pokrywając się przytem kuleczkami tłuszczu. Drobnowid wykazuje w niej resztki rozpadłych komórek, nieliczne leukocyty i mnóstwo prątków dżumowych. Powierzchnia przekroju nacieklych gruczołów

jest barwy różowej, z licznemi wybroczynami, soczysta; gdzieniegdzie już napotyka się rozmiękczenie. Później tworzy się dymienica, zawierająca ciecz gęstą, barwy czekoladowej, obfitującą w prątki. W postaciach łagodniejszych ciecz ta miewa cechy zwykłej ropy i zawiera znacznie mniej prątków.

Pierwotnych zmian dżumowych skóry w postaci tzw. krost dżumowych spostrzegali autorowie zaledwo kilka przypadków. Z nich jeden ciekawy ze względu na swą ciężkość (wbrew powszechnemu spostrzeżeniu, że przypadki, zaczynające się od krost, przebiegają dość łagodnie) i ze względu na to, że wrotami zakażenia było ukąszenie pluskwy. Wtórne zmiany skóry (przy dymienicach pierwotnych) zdarzają się często przedewszystkiem w postaci wybroczyn *(petechiae)* na szyi, twarzy, tułowiu i ramionach; prawdziwe wtórne krosty dżumowe występują tylko w postaciach bardzo ciężkich i rozwijają się na miejscu dawniejszych petoci. W przypadkach takich (jeden widzieli autorowie na sekcyi) może wytworzyć się obraz, przypominający ospę krwotoczną (czarną). Treść krost zawiera u nieleczonych prątki wolne, u leczonych surowicą przeważnie prątki pochłonięte są przez leukocyty.

Ze zmian ocznych, oprócz częstego nastrzykania spojówek, spotyka się niekiedy wybroczyny spojówkowe lub rzeczywistą *„chemosis“*, rzadko krostki na spojówce. Raz spostrzegali autorowie krostki na tęczówce obok przyczepin z następowem *„hypopyon“*.

Ze zmian przewodu pokarmowego oprócz wymiotów i — rzadszej — biegunki, zdarza się w postaciach ciężkich biegunka krwawa. Sekcya wykrywa liczne drobne wybroczyny bł. śluzowej żołądka, nastrzykanie jelit, nieznaczne powiększenie kęp Payera i gruczołów odosobnionych. Gruczoły krezkowe obrzękłe, nieraz podobne do gruczołów zewnętrznych, zawierają prątki. Miąższ wątroby blady, niekiedy ogniskowe stłuszczenie. Śledziona zawsze powiększona, miąższ jej czasem dość jędrny, częściej kruchy, miękki, obfituje w prątki.

Ilość oddawanego moczu bywa zazwyczaj zmniejszona. W bardzo ciężkich przypadkach bezmocz. Niekiedy mocz krwawy, zawsze zaś silnie kwaśny, zawiera ślad białka. Sekcya wykrywa często ostre, niekiedy wybroczynowe zapalenie nerek; w jednym bardzo ciężkim, długo się ciągnącym przypadku znaleźli autorowie obok tego liczne ropnie dżumowe w nerkach. Wyjątkowo zdarzają się wybroczyny w błonie śluzowej pęcherza. Istniejące zmiany nerek dawniejsze pogarszają rokowanie w przypadku zadżumienia.

Co do narządu krążenia, to tętno z początku pełne i regularne, staje się później i to zazwyczaj nagle miękie, puste, nitkowate, nawet niewybadalne. Pierwszy ton serca się przedłuża, występuje szmer przedskurczowy; drugi ton nad aortą i płucną zaostrzony, niekiedy się rozszczepia. Przy sekcyi znajdują się wybroczyny na osierdziu, najczęściej na tylnej stronie serca; zmian na zastawkach nie napotyka się nigdy, natomiast bardzo często fragmentacyę serca (wiotkość i gliniaste zabarwienie). Co do zmian krwi powołują się autorowie na badania wypraw niemieckiej i austyackiej.

Ci chorzy, którzy z początku objawiali skutki zatrucia jadami i lekkie zaburzenia psychiczne, umierają zazwyczaj wśród jasnej świadomosci. Należy odróżnić objawy nerwowe, wywołane przez wessanie jadów, od ocjawów wskutek bezpośredniego usadowienia się prątków w oponach lub mózgu. Do pierwszych zaliczyć należy bóle głowy, wymioty i niektóre objawy psychiczne. Te ostatnie polegają albo na podnieceniu z trwogą, poczem następuje śpiączka a nieraz utrata świadomości, przyczem zdarza się *„nystagmus“* i drgawki włókienkowe mięśni; albo też po okresie śpiączki następuje szał z omamami wzroku i słuchu, zrywaniem się i t. p. Autorowie spostrzegali 2 razy zapalenie opon, raz zapalenie opon i mózgu dżumowe.

W końcu przytaczają autorowie szczegóły, odnoszące się do piewotnych i wtórnych zmian w płucach. Oprócz przekrwienia opadowego zdarzają się tam zmiany zapalne, albo jako pierwotne usadowienie się dżumy, albo jako powikłanie z udziałem prątków dżumowych, które dostają się przez kanał nosołzowy ze łzami u osobników z dżumowem zapaleniem spojówek, z wydzieliną nosa, wymiocinami i t. p. na teren już przygotowany przez prątki grypy, dwoinki Fränkla i t. d. Powikłanie płucne u zadżumionych objawia się klinicznie pogorszeniem stanu ogólnego, czasem dreszczem, przyspieszeniem oddechu, kaszlem, kłuciem w boku; plwocina obfita, śluzoworopna lub częściej krwawa. Badanie fizyczne wykrywa objawy zapalenia płuc zrazikowego, które w razie pomyślnego leczenia powoli ustępują wraz z gorączką, bez przełomu.

Anatomicznie stwierdza się zapalenie ogniskowe płuc, niezbyt znamienne, a różniące się od innych podobnych tem tylko, że ogniska zapalne mają dążność do rozmiękania i otoczone są ciemnoczerwoną wybroczynową obwódką. Zmiany wtórne w płucach mogą także nastąpić drogami limfatycznemi lub drogą krwi. Wówczas sprawa przebiega szybciej i groźniej, a sekcya wykrywa tylko obrzęk zapalny płuc lub obraz zbliżony do zwątrobienia czerwonego w zapaleniu włóknikowem, jednak bez zajęcia opłucnej, klinicznie zaś brak prawie objawów, prócz osłabienia szmerów oddechowych i gwałtownego pogorszenia ogólnego stanu.

Leczenie surowicą zastósowali autorowie w okresie największego natężenia zarazy, w październiku i listopadzie. Ze 152 chorych, przywiezionych do szpitala, leczono 140 (2 + przy przyjęciu, 10 było ozdrowieńców) i nadto 2 na mieście. Z tych 142 leczonych zmarło 21=14·7%. Równocześnie w mieście było 72 nieleczonych zadżumionych, z których zmarło 46=63.7%, Miarą skuteczności surowicy jest różnica tych cyfr, t. j. 49% uratowanych. Z 21, zmarłych pomimo leczenia, 3 przebywało w szpitalu mniej niż 12 godzin; u 3 innych sekcya wykryła prócz dżumy zmiany dawniejsze (wady serca i t. p.). U 7-go znaleziono gruźlicze zapalenie opon, jedna kobieta uległa mięszanemu zakażeniu połogowemu paciorkowcami i dżumowemu. Te przypadki należałoby właściwie ze statystyki leczenia odliczyć.

Śmiertelność leczonych i nieleczonych tem więcej można śmiało porównywać, że do szpitala zgłaszali się przeważnie cięże] chorzy i że przed rozpoczęciem leczenia surowicą śmiertelność w szpitalu była nieomal równą śmiertelności na mieście. Że korzystne działanie surowicy nie było zresztą złudzeniem, udowadniają autorowie także na odpowiednich zestawieniach, z których wynika, że w czasie największej zarazy ogólna śmiertelność (tj. suma śmiertelności w szpitalu i na mieście) była mniejszą, niż w okresach zarazy łagodniejszej, a to poprostu dlatego, że chorzy chętniej zgłaszali się do szpitala i przez to leczono większą ich liczbę.

Wszystkie przypadki szpitalne badano bakteryologicznie i otrzymywano w hodowlach nader jadowite dla zwierząt prątki. Stan niektórych chorych w chwili przyjęcia był nadzwyczaj ciężki, prątki krążyły obficie we krwi. Obecność prątków we krwi nie zawsze jednak (przy leczeniu) sprowadza śmierć; z 18 takich chorych zmarło 8. Po wstrzyknięciu surowicy prątki znikają ze krwi. Pierwotnej dżumy płucnej nie leczyli autorowie surowicą ani razu; na wtórne zapalenie płuc zachorowało 23 osób, z nich zmarło (przy leczeniu) 9.

Roztrząsnąwszy krytycznie leczone przez siebie przypadki, dochodzą autorowie do następującego ogólnego wniosku w sprawie stósowania surowicy:

W s z y s c y z a d ż u m i e n i, p r z e d e w s z y s t k i e m zaś z e z m i a n a m i d ż u m o w e m i w p ł u c a c h, p o w i n n i o t r z y m a ć, i l e m o ż n o ś c i w p o c z ą t k a c h c h o r o b y, o d r a z u n a j m n i e j 20 cm. sz. s u r o w i c y w p r o s t d o ż y ł, a p o t e m w c i ą g u n a s t ę p n y c h 24 g o d z i n j e s z c z e d w u k r o t n i e p o 40 cm. sz. c o n a j m n i e j — p o d s k ó r ę.

Najskuteczniejsze bowiem okazały się wstrzykiwania do żył (na przedramieniu, po uciśnięciu żył powyżej wkłócia igły strzykawki przez odkażoną skórę).

W dalszych dniach aż do ustąpienia gorączki, a nawet jeszcze ze dwa dni potem, należy wstrzykiwać, stóso-

wnie do ogólnego stanu i ciężkości przypadku, po 10—40 c. sz. surowicy podskórnie, a w razie potrzeby nie zawahać się przed powtórnem wstrzyknięciem do żył.

Działanie surowicy objawia się szybkiem zmniejszeniem bólów i obrzęku w zajętych gruczołach; ropienie nie występuje, a jeżeli wystąpi, ropa często bywa jałowa. Z krwi znikają prątki w dobę po wstrzyknięciu 40 cm. sz.; nawet jeśli nastąpiła śmierć, nie można u leczonych znaleźć prątków we krwi, choć przed leczeniem w niej krążyły. Gorączka opada zawsze i wyraźnie po każdem wstrzyknięciu; w przypadkach cięższych co prawda z początku tylko przelotnie. Tętno i stan ogólny poprawiają się; śpiączka ustępuje, świadomość powraca, podniecenie ustaje, bredzenia gubią się, choć nieco wolniej. Uboczne objawy działania surowicy nie są ani częstsze, ani cięższe po wstrzykiwaniach do żył, niż po wstrzykiwaniach podskórnych. (Oczywiście trzeba unikać zatorów powietrznych!). Ilość zadanej surowicy nie wpływa na wystąpienie objawów ubocznych. Bywały one u chorych, którzy otrzymali 40—80 c. (bóle stawowe, rumień), i odwrotnie nie zjawiały się nieraz po 200, a nawet 300 c. sz.

Szczepienia ochronne zdrowych mogą odbywać się albo szczepionką Haffkine'a tj. hodowlami prątków dżumowych, zabitemi ogrzaniem przez godzinę do 70° C. — albo też zapomocą surowicy. Szczepienia Haffkinowskie wytwarzają odporność trwalszą, co najmniej kilkomiesięczną, jak to wynalazca wypróbował na tysiącach przypadków, jednakże mają dwie ujemne strony: odporność wytwarza się nie odrazu, a przytem w p i e r w s z y c h dniach po szczepieniu ustrój staje się, o ile z doświadczeń na zwierzętach wnosić można, na zakażenie wrażliwszym.

Szczepień ochronnych surowicą (5 cm. pod skórę brzucha) dokonali autorowie u 600 osób, mianowicie u wszystkich lekarzy i bakteryologów, służby szpitalnej i pogrzebowej, u rodzin chorych i kolonii francuskiej w Oporto. Nikt ze szczepionych nie zachorował na dżumę; zaledwo zaś u kilku zjawiła się na 5—6 dzień pokrzywka, innych objawów ubocznych nie było.

Odporność, wytworzona przez surowicę, powstaje natychmiast, ale jest przelotna i nie trwa nad 2 tygodnie. W tym czasie trzeba szczepienie powtórzyć. Zaniedbał tego bakteryolog Dr. Pestana i w miesiąc po szczepieniu z dżumy umarł. Asystent jego, Dr. França, zaszczepił się 5 cm. surowicy podskórnie 8 X.; 15 X. przy sekcyi zadżumionego skaleczył się dwukrotnie w rękę; 16 X. znowu przy sekcyi ponownie się skaleczył (na 3 dni co najwyżej przed ostatecznym końcem działania ochronnego surowicy). Tegoż dnia mały obrzęk gruczołów pachowych, stan ogólny jeszcze 17-go dobry, bez gorączki. Tegoż dnia 20 c. sz. surowicy podskórnie. W nocy na 18-go bezsenność, ból głowy, 18-go pogorszenie, gorączka 38·8° — 40 c. sz. surowicy podskórnie. Odtąd powolne wyzdrowienie (gorączka ostatni raz 22-go). W tym więc przypadku pomimo fatalnych warunków zakażenia się przebieg dzięki szczepieniu ochronnemu był łagodny i skończył się dobrze.

Aby połączyć zalety szczepień ochronnych Haffkinowkich i surowiczych proponują autorowie wstrzykiwać naraz szczepionkę Haffkine'a z małą ilością surowicy, co na małpach wypróbowali już, jako bardzo korzystne. Surowica chroni wtedy ustrój przed dojściem odporności trwałej do szczytu i zobojętnia wpływ szczepionki, który w pierwszych dniach może być ujemnym.

Środki zapobiegawcze ogólne, zalecane przez autorów, odnoszą się głównie do stosunków portugalskich, ale zresztą mają znaczenie nie tylko dla nich. Autorowie polecają asanizacyę i dezinfekcyę brudnych dzielnic miasta, ewentualne palenie domów najniezdrowszych i sprzętów o małej wartości. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie wybuchu dżumy. Władze portugalskie przyznały głośno jej istnienie dopiero w 2 miesiące po p i e r w s z y m w y k r y t y m przypadku, gdy już zmarło 18 zadżumionych! Ileż przypadków pozostało utajonych przed stwierdzeniem pierwszego?!

Kordon wojskowy, nie mający zresztą sensu w gęsto zaludnionej Europie, bo łatwo go przekraczają zadżumione szczury, docierając przed śmiercią do najbliższej miejscowości, zaprowadzono dopiero po ucieczce 40.000 ze 180.000 mieszkańców Oporto. Cudem prawdziwym nazywają autorowie, że dotąd wobec tego nie mamy dżumy w całej Europie. Wskazując wreszcie na istotnie groźne niebezpieczeństwo dla Europy, wiszące nad nią ze strony lądowej (Syberya i Turkestan) i morskiej, nawołują autorowie do baczności, wskazując środki ubezpieczenia portów i t. p., w czem zresztą nie przytaczają nic nowego.

Zamyka nader ciekawą i ważną pracę zbiór bardzo interesujących historyj chorób 152 zadżumionych.

Ciechanowski.

Dr. H. M i y a k e: **O chorobie wywołanej przez ukąszenie szczura.** *(Rattenbisskrankheit) (Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. V, Z. 2). Między innemi osobliwościami posiada Japonia i tę, że tam ukąszenie szczura wywołuje niekiedy szczególną chorobę, zawsze ciężką, często śmiertelną. Opisy tej choroby, pobieżne i powierzchownie traktowane, spotyka się często w starych pismach kraju Mikada. Dopiero jednak od paru dziesiątek lat, t. j. od czasu, kiedy w kraju tym zaczęli rozwijać swą czynność lekarze, kształceni w Europie, zaczęto ściśle obserwować tę dla nas zagadkową chorobę; znamy już jej dokładne opisy, do istoty jednak rzeczy dotrzeć nie zdołano.

Nie jakiś gatunek swoisty szczura, lecz zwykły, zamieszkujący wraz z ludźmi ich domostwa, staje się w pewnych warunkach tak niebezpiecznym dla Japończyka. Kąsa on człowieka albo chwytany i napastowany, lub sam, przyjmując rolę czynną, napada na ludzi śpiących i gryzie ich najczęściej w twarz lub palce. Ostatnia ta okoliczność każe się domyślać, że zwierzęta kąsające nie są zdrowe, lecz że cierpią na jakąś chorobę, analogiczną ze wścieklizną u psów. Domniemania tego nie zdołano stwierdzić sekcyjnie, nie udało się bowiem dotychczas schwytać szczura *in flagranti.* Nieznaczna ranka goi się zwyczajnie bez odczynu, miejscowego lub ogólnego, w przeciągu paru dni i dopiero po dłuższym lub krótszym czasie wylęgania, średnio po 2 tygodniach (chociaż nie brak podań, w których okres ten miał wynosić kilka godzin, kilka miesięcy, a nawet zwyż 10 lat), bez zwiastunów, lub po nich wybucha ta ciężka choroba. Brak dotychczas jakichkolwiek dat, z którychby wnosić można było u jakiego % ukąszonych przez szczury cierpienie to występuje. Z istniejących jednak liczb wnosić można na pewno, że na powstanie choroby nie ma wpływu płeć i wiek, że choroba ta nie przenosi się z człowieka na człowieka, ani nawet chora matka, karmiąca swe niemowlę, nie zaraża je. Jak dotychczas choroba ta jest znaną wyłącznie na 4 głównych wyspach japońskich (t. j. Nippon, Shikoku, Kiuskiu i Hokkaido).

Objawy chorobowe rozpoczynają się dreszczami, gorączką i odczynem zapalnym w otoczeniu zagojonej już rany: blizna i jej otoczenie brzęknie, czerwienieje, twardnieje i staje się bolesną. W dalszym przebiegu tworzą się pęcherze, wyjątkowo rozwija się ograniczona zgorzel. Tym zmianom towarzyszy zapalenie najbliższych gruczołów i naczyń chłonnych, łączących je z ogniskiem chorobowem. Gorączka wysoka, do 40° C., okazuje wybitny tor przepuszczający. Równolegle z tem rozwijają się objawy ogólne: osłabienie, ból w kończynach, wybitny ból mięśniowy, uczucie trwogi, pragnienie, nudności, ból głowy, poty, brak łaknienia, rzadziej już majaczenia, śpiączka i t. d. Odruchy ścięgniste wzmożone, lub znikają zupełnie, czasami dołączają się porażenia czucia i ruchu. Bardzo ważnym, niemal swoistym objawem jest osutka, i to głównie w dwóch postaciach, jako osutka rumieniowa lub guzkowa. Wątroba i śledziona nigdy nie były powiększone, żółtaczki nie spostrzegano. Choroba wlecze się miesiącami. Jak w każdej innej chorobie, tak i tu,

objawy mogą się różnie układać. Ztąd potworzono różne postacie tej choroby, już to zależnie od przewagi jednych objawów nad drugimi, lub też zależnie od zachowania się gorączki. Po szczegóły odsyłamy do oryginału. Ograniczymy się do podania kilku szczegółów, objaśniających powyżej naszkicowane objawy. Osutka pojawia się równocześnie z gorączką, i z nią znika, poczem znów podczas nowego nawału choroby pojawia się. Zabarwienie jej jest czerwone, lub czerwonawo-niebieskie. Pojedyncze plamy są wielkości grochu, korony i większe tak, że czasem osutka robi wrażenie róży. Kształt ich jest okrągły lub nieregularny, zbitość znaczna. Występuje prawie na całej skórze, nie pojawia się tylko na owłosionej skórze głowy, na dłoniach, podeszwach i na błonach śluzowych. Pod koniec choroby występuje czasami w postaci ostrej pokrzywki.

Bardzo cechujące są bóle mięśniowe, szczególnie wybitne w kończynach dolnych. W ciężkich przypadkach rozwija się chera i obrzęki o rozmaitej rozległości.

Rokowanie nie najgorsze, gdyż mimo ciężkiego i kilka miesięcy trwającego przebiegu autor oblicza śmiertelność na 10·5%.

Parokrotnie wykonana sekcya nie wykazała żadnych cechujących zmian. Ujemnie też wypadły próby wyhodowania drobnoustrojów z różnych tkanek i wydzielin, lub wywołania objawów chorobowych u zwierząt. *Herman.*

Dr. Pernitza (Wiedeń). **Drążąca rana postrzałowa brzucha, wyleczona przez laparotomię.** (*Wiener klinische Wochenschrift* No. 36. 1899). Autor opisuje przypadek, w którym wykonał laparotomię u chłopca 9-letniego w 22 godziny po urazie i zeszył przedziurawione jelito cienkie w trzech miejscach. Pomimo że u pacyenta, który odbył kilkumilowy transport koleją i wozem, wystąpiły wyraźne objawy zapalenia otrzewnej, jak bębnica, bolesność brzucha, wymioty i ogólny zapad i, jak to stwierdzono przy operacyi otrzewna, w dolnych partyach brzucha była zaczerwieniona, a pętle jelita cienkiego zlepione wypociną włóknikową, wynik operacyi był pomyślny. Otwory w jelicie, z których wylewała się ciecz kałowa, zeszył P. szwami Lemberta, ciecz kałową i wypocinę wymaczał suchymi wacikami, jamę brzuszną zeszył potrójnym szwem warstwowym, ranę postrzałową w dolnej części linii białej sączkował gazą jodoformową.

Kuli z karabinka Flauberta nie znalazł P. w jamie brzusznej; prawdopodobnie ugrzęzła w mięśniach grzbietu. Pacyent opuścił szpital dopiero po sześciu tygodniach jako wyleczony, gdyż w otoczeniu rany postrzałowej wystąpiło obumarcie skóry na małej przestrzeni. *Dr. Karchezy.*

Dr. Rolly. **Równoczesne wystąpienie płonicy i odry u tegosamego osobnika** i ich wzajemny wpływ. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 13 L. H. 4. 1899). Twierdzenie Mayr-Hebry i Trousseau, wykluczające możność wystąpienia równoczesnego dwóch osutek u jednego osobnika, zostały zbite przez Steinera, Monti, Thomasa, a piśmiennictwo ostatnich 20 lat nagromadziło taki materyał zapasowy, iż dziś jest rzeczą pewną, że wystąpienie równocześnie dwóch zakażeń jest możebne. Autor opisuje przypadek t. zw. „morbilli-scarlatina" u $1\frac{1}{2}$ rocznej dziewczynki, spostrzeganej na heidelbergskiej poliklinice, u której równocześnie rozwijały się dwa zakażenia, t. j. odrowe i płonicze, a w przebiegu swym przedstawiały każde oddzielnie swoje okresy; charakterystyczne powikłania i objawy przebiegały osobno, bez najmniejszego wpływu jednych na drugie. W przypadku autora wystąpiły równocześnie obie wysypki, tak jak i w przypadku opisanym przez René-Blaché, wyraźny dowód współistnienia, a w takim razie każda z chorób wysypkowych przebiega oddzielnie od siebie. Jeżeli jednakowo okres wystąpienia obu wysypek u jednego osobnika jest dłuższy choćby nawet nad 3 dni, to tu należy przypuszczać wpływ tych chorób na siebie. Autor wpływu tego ściśle oznaczyć nie może, gdyż w tym kierunku zbyt mała liczba publikacyj istnieje, — lecz przychyla się do zdania Johannessena, Granchera i Bessa, iż korzystniejszem jest rokowanie w przypadkach płonicy po odrze, a gorsze w przypadkach odry po płonicy. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. L. Hofbauer. **Spostrzeżenie dwuletniego krwawienia z jednej nerki.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. V, Z. 3). Od dwóch już lat uważała 13-letnie M. K. mocz krwawy. Badanie przedmiotowe wykazało jedynie krwawienie z lewej nerki (cystoskopem), zresztą ani w narządach wewnętrznych, ani w wydzielinach, specyalnie w moczu, (prócz krwi), żadnych zmian chorobowych wykazać nie można było. Wykluczyć trzeba było kamicę nerkową, gruźlicę lub nowotwory nerki, sprawę zapalną krwotoczną i przyjąć „haematuria sine materia". W tej ostatniej chorobie jednak bywa kolka, tak, że przecież francuzi nazwali ją „névralgie hématurique". Nakłoniono zatem chorą, by pozwoliła chirurgicznie odsłonić sobie nerkę. Podczas tej operacyi zdarzyło się, że oderwały się naczynia od nerki, tak, że tę ostatnią musiano wyjąć. Zmian makroskopowych nie było. Natomiast pod drobnowidom wykazano „glomerulonephritis". Wszystko inne zaś przemawiało za tem, że druga nerka jest zdrowa. Prawdopodobnie zakażenie nastąpiło przez krew, — początkowo obie nerki były zajęte, — później jednak ograniczyło się tylko do lewej. *Herman.*

Prof. Seifert. (Würzburg). **Gruźlica przewodu nosowo-łzowego.** (*Münch. med. Wochenschrift.* 1899. Nr. 52). Na podstawie przypadków zaczerpniętych z dotyczącego piśmiennictwa i z własnego doświadczenia klinicznego, stara się autor wyjaśnić związek przyczynowo-chorobowy, jaki zachodzi między gruźlicą przewodu łzowego, a gruźlicą jamy nosowej. Opierając się bowiem na badaniach Bacha, które wykazują, że w prawidłowych warunkach wszelkie drobnoustroje zostają z worka spojówkowego szybko przez łzy wydalane w kierunku nosa, — nie może S. przyjąć, by gruźlica przewodu łzowego była cierpieniem pierwotnem. Tylko w tym przypadku, gdyby przewód łzowy był chorobowo zmieniony, lub ujście jego nosowe zwężone, wówczas utrudniony odpływ łez może spowodować usadowienie się tam prątków gruźliczych; w każdym innym razie gruźlica przewodu łzowego jest chorobą następową. W ogólności zaś przyjmuje autor 3 drogi zakażenia: 1. albo zakażenie gruźlicze wychodzi z kostnego otoczenia przewodu łzowego; 2. albo z jamy nosowej przenosi się na przewód łzowy (najczęściej): 3. albo wreszcie gruźlica przewodu łzowego jest następstwem gruźlicy spojówki. Ponieważ najczęściej zachodzi przypadek drugi, dlatego, twierdzi S., lecząc tylko jamę nosową, można otrzymać dobre także wyniki w gruźlicy przewodu łzowego. *Dr. Henryk Pisek.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mesnard stosuje w zapaleniu pęcherza pigułki o składzie: *Bals. Canadens. 20·0 Magn. calcin. 27·0 Pulv. sapon. Pulv. Benzoës. aa q. s. ut f. pill. Nr. 100. S. 4—6 pigułek dziennie.* Szczególnie dobre wyniki otrzymywał M. w przewlekłym nieżycie pęcherza. (*Sem. méd.* 1899). *F. K.*

Fournier mówił na posiedz. Towarz. dermat. w Paryżu o wynikach, otrzymanych po wstrzykiwaniach kalomelu w przypadkach liszaja żrącego, — stwierdzając tylko, że goi szybko wrzody liszajowe, pozostawia jednak guzki tak, że choroby właściwie wcale nie leczy. (*Soc. fr. de derm. et syphil.* 1899. 13 lipca). *F. K.*

Unna podaje (*Deut. m. Ztg. Nr. 40* 1899), mydło z tuberkuliną o składzie: *Sapon. unguinos. 10,0 Tubercul. 0,5—2,0.* Mydło to w małej ilości wciera się palcem, osłoniętym powłoką gumową w skórę z początku na sucho, później zwilżywszy palec wodą i to tak długo, aż nic na skórze nie pozostanie. — Najwięcej nadaje się ten sposób leczenia przy liszaju żrącym skóry lub błon śluzowych, przy gruźlicy skóry, trądzie, liszaju rumieniowym i przerosłych bliznach (keloid). *F. K.*

Hydragoginum. Środek ten stosował Goldberg w ciągu lat 8 w 100 przeszło przypadkach z dobrym skutkiem, nawet tam, gdzie wszystkie inne leki zawiodły. Środek ten składa się z *Tinct. Digitalis*, *Tra. Strophanti*, *Scilla i Oxysaponinum* (z *Herniana glabra*), a podaje się go po 10 kropel co godzinę przez 1 do 2 dni. Wskutek podania tego środka może nastąpić obfite moczenie do 10 litr. na dzień. Chorzy rozmaicie znoszą ten lek: czasem pojawiają się wymioty i zrywanie na wymioty, a wtedy należy dawkę zmniejszyć lub też zaprzestać podawania na dzień lub kilka dni. (*Klin. therap. Wochschrift Nr. 38* 1899). *I. L.*

Eunatrol stosował Cipriani przeciw kamykom żółciowym z dobrym skutkiem w dwóch przypadkach. Po leczeniu eunatrolem nietylko, że ustało morzysko, ale nadto odeszły kamyki zatrzymane w przewodzie żółciowym, a wydzielanie się żółci odbywało się prawidłowo. Cipriani tłómaczy sobie działanie eunatrolu w kamicy żółciowej w sposób następujący: eunatrol rozpuszcza się w żołądku, tworząc ciecz oleistą, która powleka ściany żołądka i dwunastnicy. Przy zetknięciu się tej cieczy z zadrażnioną błoną śluzową ustaje skurcz. Eunatrol styka się również z uchyłkiem Vatera, a jeżeli kamyk jaki uwięznięty uniemożliwił odpływ żółci, zostaje eunatrol na mocy włoskowatości wchłonięty do ściany przewodu aż za uwięznięty kamyk. Pod działaniem zaczynów trawieńcowych rozpada się eunatrol na związek sodowy i tłuszcz, a ten ostatni na kwas tłuszczowy i glicerynę, która po po zresorbowaniu i przejściu uchyłku Vatera jest w stanie rozpuścić lub też zmniejszyć kamyk. Część zaś eunatrolu wchłonięta przyczynia się do wydzielania żółci, oraz i rozpuszczenia śluzu i sprzyja wydzielaniu kamyka. *I. L.*

Haemol i Haemogalol stosował Alksins w 600 przeszło przypadków niedokrewności i błednicy wskutek utraty krwi, jak i w następstwie chorób ostrych. Przewód pokarmowy znosił te przetwory wyśmienicie. Co do podawania hemogalolu zaleca autor przepisywanie tego środka z arsenem w pigułkach lub proszkach:

Rp.: Acid. arsenici 0·06
Extr. Strychni 0·60
Haemogaloli 10·00
Mucil. gum. arab.
Sacchar. albi aa q. s.
ut f. pil. Nr. 60. Consperg.
S. Po jednej pigułce 3 razy dziennie po jedzeniu.

Rp.: Haemogaloli 0·6
Extr. Strychni 0·02
M. f. pulvis
Da ad capsul. amylaceas
tal. doses Nr. 30
S. 3 proszki dziennie po jedzeniu. *I. L.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe i administracyjne z dnia 12 stycznia 1900 r.

Przewodniczący kol. A. Gluziński, członków obecnych 46.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1. Kol. Marischler przedstawił chorego z tętniakiem tętnicy głównej. Przypadek ten będzie ogłoszony drukiem.

2. Kol. Barącz przedstawia 12-letniego chłopca z porażeniem całej lewej kończyny dolnej w następstwie *poliomyelitis anterior acuta*, przebytej w 2-gim roku życia. Bardzo znaczne zniekształtnienie stopy (*pes equinovarus paralyt.*) usunął kol. B. wykonaniem klinowej resekcyi stopy podług Kochera, t. j. przez resekcyę przedniej części kości skokowej i piętowej, a chory stąpa obecnie całą podeszwą. O przeszczepieniu ścięgien i przeniesieniu czynności na ścięgna zdrowe nie było mowy w tym przypadku, ponieważ mięśnie uda i podudzia nie reagują wcale na prąd elektryczny. Chory dostanie maszynkę do chodzenia (rodzaj szyny Thomasa).

3. Sprawozdanie sekretarza za rok 1899 odczytano i przyjęto.

4. Sprawozdanie bibliotekarza i gospodarza przyjęto.

5. Przystąpiono do wyboru zarządu na rok 1900. W głosowaniu kartkami zostali wybrani: prezesem kol. Sielski, wiceprezesem kol. Beck, sekretarzem kol. Krzyszkowski. Członkami biura koll.: Rencki, Sołowij i Stachiewicz. Gospodarzem pozostaje nadal kol. Festenburg; bibliotekarzem kol. Dębicki, jako wybrani na 3 lata w r. 1899. Delegatami na walne zgromadzenie Tow. galic. koll.: Beck, Kadyi, Kuczera, Papée, Sielski, Wechsler i Ziembicki. Zastępcami: Bałłaban, Kowalski E. i Kucharski.

6. Kol. przewodniczący w dłuższem przemówieniu dziękuje członkom za gorliwy udział w ruchu naukowym Sekcyi i podnosi myśl założenia w jej łonie Komisyi balneologicznej, przemysłowej i t. d., co niewątpliwie przyczyni się do rozwoju Sekcyi. W ogólnej dyskusyi, która się na ten temat rozwinęła, brali udział koll.: Mars, Bylicki, Kadyi, A. Gluziński i Uhma. Kol. Mars postawił wniosek polecenia prezydyum Sekcyi, aby zawezwała Komisyę, wybraną w r. 1898 dla zmiany statutu, do przedłożenia wyniku jej obrad do końca lutego. Wniosek ten z dodatkiem kol. Uhmy, aby Komisya ta wypracowała projekt regulaminu, w głosowaniu przyjęto.

Dr. Papée, sekretarz.

VII.

† Dr. Oskar Widmann

prof. nadzwyczajny Uniw. lwowskiego, prymaryusz szpitala powszechnego we Lwowie, zakończył życie 28-go grudnia, licząc lat 61. Ś. p. prof. Widmann urodził się we Lwowie, szkoły średnie odbył w Presburgu i w tamtejszej Akademii słuchał nauk prawniczych. W r. 1860 zapisał się na Wydział lekarski w Wiedniu; po roku przeniósł się do Krakowa, gdzie w r. 1866 otrzymał dyplom doktora medycyny. Jeszcze w r. 1864 mianowany został asystentem przy katedrze fizyologii. Po skończeniu nauk lekarskich (1866) objął służbę lekarską w oddziale chorób wewnętrznych lwowskiego szpitala powszechnego, później w oddziale psychiatrycznym. Od roku 1867 do 1870 był asystentem w klinice terapeutycznej przy lwowskiej Szkole medyko-chirurgicznej. Od r. 1870 do końca życia był prymaryuszem szpitala powszechnego we Lwowie. Przed dwoma laty mianowany został w lwowskim Uniwersytecie docentem do wykładów chorób wewnętrznych, a w ostatnich czasach — profesorem nadzwyczajnym tegoż przedmiotu. Między r. 1862 a 1884 ś. p. prof. Widmann ogłosił 20 prac, z których jedna „Choroby serca i wielkich pni naczyniowych“, stanowi podręcznik znacznych rozmiarów.

Wzięty lekarz, światły i sumienny praktyk, zasłużony pisarz, człowiek głębokiej wiedzy w zakresie swej specyalności, ś. p. Widmann pozostawia po sobie wdzięczną i niespożytą pamięć.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacya sekcyi naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad.

I. Sekcya matematyczno-fizyczna
(łącznie z astronomią):

Gospodarz: Prof. Dr. Rudzki (*Biskupia 8*). — Sekretarz: pan Leon Klecki (*Karmelicka 38*).

II. Sekcya chemiczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Julian Schramm (*ul. Jagiellońska, Zakład chemiczny*). — Sekretarze: Dr. Tadeusz Estreicher (*św. Anny 8*), Dr. Ludwik Brunner (*ul. Jagiellońska, Zakład chemiczny*).

Temat obrad:

„Sprawa słownictwa chemicznego polskiego“, sprawozdawca prof. Bronisław Znatowicz (Warszawa).

III. Sekcya mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

Gospodarze: Prof. Dr. Władysław Szajnocha i Prof. Dr. Szczęsny Kreutz (*ul. św. Anny, Collegium physicum*). Sekretarz: Dr. Józef Grzybowski (tamże).

IV. Sekcya zoologii i anatomii porównawczej.

Gospodarz: Prof. Dr. Wierzejski (*ul. św. Anny, 6*). Sekretarz: Doc. Dr. Tadeusz Garbowski (tamże).

Temata obrad:

1) „Sprawa ujednostajnienia i ustalenia polskiej nomenklatury porównawczo-zoologicznej“, sprawozdawca Prof. Dr. J. Nusbaum (Lwów).
2) „Obecny stan prac nad fauną krajową“, sprawozdawca Prof. Władysław Kulczyński (Kraków).
3) „Sprawa pochodzenia odnóży kręgowców“, sprawozdawca Prof. Dr. Henryk Hoyer jun. (Kraków).
4) „Teorya listków zarodkowych wobec nowych prądów w porównawczej morfogenii“, sprawozdawca Doc. Dr. T. Garbowski (Kraków).

V. Sekcya botaniczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Józef Rostafiński (*Garncarska, 14*).

VI. Sekcya przyrodniczo-rolnicza.

Gospodarz: Prof. Dr. Emil Godlewski (*Straszewskiego, 22*). — Sekretarze sekcyi: Prof. Dr. Waleryan Klecki (*Kraków, Karmelicka, 44*), Prof. Dr. Józef Mikułowski-Pomorski (*Dublany, pod Lwowem*). Komisarze sekcyi: Prof. Dr. Mikułowski-Pomorski i p. Stanisław Chełchowski (*Chojnów p. Prasnysz gub. Płocka*).

Temata obrad:

1) „O krążeniu azotu“, sprawozdawca Prof. Dr. Jentys (Kraków).
2) „O składzie roślin uprawnych, jako wskazówce do ocenienia potrzeb nawozowych gleby“, sprawozdawca Prof. Dr. Godlewski (Kraków).
3) „O pomiarach kraniologicznych przy badaniu ras zwierząt domowych“, sprawozdawca Prof. Dr. Waleryan Klecki (Kraków).
4) „W sprawie metodyki doświadczeń wazonowych, a w szczególności o wpływie sposobu rozdzielania nawozów w ziemi na ich skutek przy doświadczeniach wazonowych“, sprawozdawca Prof. Dr. Mikułowski-Pomorski (Dublany).
5) „Ujednostajnienie metod badania produktów rolniczych“, sprawozdawca Dr. Sempołowski.
6) „Ujednostajnienie metod wykonywania zbiorowych doświadczeń rolniczych“, sprawozdaca Dr. Rogoyski.

VII. Sekcya techniczna

(mechanika, inżynierya, budownictwo i technologia chemiczna).

Gospodarze: Dyrektor Roman Ingarden (*Jagiellońska, 11*) i Prof. Gustaw Steingraber (*Gołębia, Szkoła przemysłowa*).

VIII. Sekcya fotografii, zastósowanej do celów naukowych.

Gospodarz: Dr. Stanisław Tołłoczko (*Retoryka, 3*). — Sekretarz: Dr. Zygmunt Jaworski (*Studencka, 15*).

Temat obrad:

„O obecnym stanie fotografii barwnej“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.

IX. Sekcya farmaceutyczna.

Gospodarz: P. Eugeniusz Heller (właściciel apteki, *ul. Grodzka*). — Sekretarz: P. Ksawery Mikucki (właściciel apteki, *Rynek główny*).

X. Sekcya psychologiczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Napoleon Cybulski (*Szczepańska, 11*). — Sekretarz: Dr. W. M. Kozłowski (*Smoleńsk, 22*).

Temata obrad:

a) Proponowane przez Prof. Struvego (Warszawa):

1) „Porównanie objawów psychicznych z fizyologicznymi i fizycznymi w celu ścisłego określenia właściwości pierwszych, różnicy od ostatnich“.
2) „Wyjaśnienie faktu ześrodkowania czyli koncentracyi rozlicznych objawów psychicznych w poczuciu lub też świadomości indywidualnego bytu żywej istoty“.
3) „Wyjaśnienie faktu połączenia szeregu odrębnych w sobie ruchów ciała dla urzeczywistnienia wspólnego im wszystkim celu woli“.

b) Proponowane przez Prof. Dr. M. Straszewskiego (Kraków).

4) „Wpływ nauk przyrodniczych na obecne kierunki w teoryi poznania“.
5) „O stosunku filozofii do nauk szczegółowych, a w szczególności do przyrodoznawstwa“.

c) Proponowane przez Dr. W. M. Kozłowskiego (Kraków).

6) „Aprioryczny charakter ogólnych zasad przyrodoznawstwa“.

XI. Sekcya anatomiczno-fizyologiczna

(anatomia, fizyologia, embryologia, histologia, chemia fizyologiczna i antropologia).

Gospodarze: Prof. Dr. N. Cybulski (*Szczepańska 11*) i Prof. Dr. K. Kostanecki (*Kolejowa, 7*). — Sekretarze: Dla działu anatomiczno-embryologicznego: Dr. Emil Godlewski jun. (*Kopernika 12*); dla działu fizyologii i histologii: Dr. Stanisław Maziarski (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Aby zyskać więcej czasu na wykłady i demonstracye, nie stawia Sekcya żadnych tematów ogólnych na porządku dziennym obrad.

XII. Sekcya patologiczna

(anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska).

Gospodarz: Prof. Dr. Tadeusz Browicz (*Krupnicza 5*). — Sekretarz: Dr. Konrad Gliński (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Temata obrad:

1) „Etyologia nowotworów“ sprawozdawcy: Prof. Dr. Browicz (Kraków) i Prof. Dr. Bron. Kader (Kraków).
2) „Patogeneza żółtaczki“ sprawozdawcy: Dr. Teodor Dunin (Warszawa) i Prof. Dr. Browicz (Kraków).

XIII. Sekcya medycyny wewnętrznej łącznie z pedyatryą, balneologią i hydroterapią, oraz farmakologią.

Gospodarz: Radca Dworu Prof. Dr. Edward Korczyński (*Lobzowska 12*). — Zastępcy gospodarza: Prof. Dr. Jaworski (*Kopernika 2*) i Dr. A. Kwaśnicki (*Basztowa 4*). — Sekretarz główny: Dr. Wawrzyniec Kędzior (*Kopernika 7*). — Sekretarze: Dr. Ksawery Lewkowicz (*Strzelecka, Szpital św. Ludwika*), Dr. Ignacy Lemberger (*Grzegórzecka, Collegium medicum*) i Dr. Jan Landau (*Grodzka 69*).

Sekcya rozpadnie się w miarę zgłoszonej liczby wykładów na 4 działy, mianowicie: *a)* medycyna wewnętrzna, *b)* pedyatrya, *c)* farmakologia, *d)* balneologia i hydroterapia. Przedewszystkiem zaś utworzoną będzie w razie dostatecznej liczby zgłoszeń odrębna Sekcya pedyatryczna.

Temata obrad: w dziale *a)* (medycyna wewnętrzna):

1) „O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłómaczą zjawiska skazy moczanowej?“ sprawozdawcy: Dr. Władysław Biegański (Częstochowa), Dr. Teodor Dunin, Dr. J. Pruszyński i Dr. A. Sokołowski (Warszawa).
2) „Organoterapia“ sprawozdawcy: Doc. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków) i Dr. Walenty Jeż (Wiedeń).

W dziale *b)* (pedyatrya):

1) „O sztucznem karmieniu noworodków“ sprawozdawcy: Dr. Bączkiewicz i Dr. Roszkowski (Warszawa), Dr. Jan Landau (Kraków).
2) „Nowsze poglądy na choroby przewodu pokarmowego u dzieci“ sprawozdawcy: Dr. Ksawery Lewkowicz (Kraków) i Dr. Józef Brudziński (Paryż).

Na wspólne posiedzenie z Sekcyą chirurgiczną:

1) „O leczeniu kamicy żółciowej“ sprawozdawcy: Dr. Krajewski i Dr. Rejchman (Warszawa).
2) „O leczeniu wrzodu żołądka“ sprawozdawcy: Prof. Dr. Gluziński i Prof. Dr. Rydygier (Lwów).

Pożądanem jest zgłaszanie tematów z zakresu farmakologii i balneologii, którehy mogły być postawione na porządku obrad Sekcyi medycyny wewnętrznej.

Za staraniem Sekcyi będą w czasie Zjazdu przy zwiedzaniu klinik chorób wewnętrznych i chorób dzieci przedstawiane ciekawsze przypadki chorobowe. W obu tych klinikach będzie nadto przygotowane miejsce dla chorych, którychby zamiejscowi uczestnicy zjazdu w celu przedstawienia na posiedzeniach Sekcyi ze sobą przywieźli. Z inicyatywy Sekcyi urządzone będą w czasie zwiedzania wystawy przyrodniczo-lekarskiej wykłady z przedstawieniem środków i przetworów lekarskich i zdrojowych, poleconych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, czem zajmuje się Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Również za staraniem Sekcyi urządzone będą wykłady naukowe w czasie wycieczki do miejsc kąpielowych i uzdrowisk krajowych, mającej się odbyć po Zjeździe. (C. d. n.)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 lutego.

* Towarzystwo lekarzy królestw Kroacyi i Slawonii, na posiedzeniu ogólnem d. 29 stycznia, mianowało profesorów Edwarda Korczyńskiego i Ludwika Rydygiera swymi członkami honorowymi, a prof. Odona Bujwida — członkiem korespondentem.

* W Nrze 4-tym wiedeńskiego tygodnika *Klinisch-therap. Wochenschrift* Dr. M. Kahane czyni następujące uwagi nad przypadkiem choroby i śmierci ś. p. N. Kostaneckiego: »... Dzielny badacz na polu bakteryologii, Dr. Kostanecki, zachorował na posokowatą postać zapalenia płuc i umarł. Objawy te są wielce podobne do tych, które cechowały chorobę Dr. Müllera i jego nieszczęśliwych towarzyszy. Gdy jednak w Wiedniu zaprowadzono środki bezpieczeństwa dopiero po bakteryologicznem stwierdzeniu moru, więc może troche zapóźno, to w Krakowie zniszczono hodowle, wybito zwierzęta zaszczepione, wstrzyknięto surowicę przeciwdżumową otoczeniu, zanim nabrano przekonania, że Kostanecki zachorował na mór, a zatem... może troche zawcześnie. Spóźnienie się w Wiedniu i zbytni pośpiech w Krakowie mają jedno źródło, mianowicie, że szybkie i pewne rozpoznanie moru jest jeszcze — niemożliwe. Nie jest to zarzut zrobiony tyle zasłużonej gałęzi medycyny, jaką jest bakteryologia: wykrycie prątka moru i surowicy przeciwmorowej ma cenną doniosłość; ale czy bakteryologiczne rozpoznanie, zapobieganie i leczenie moru jest już w okresie, dającym nieomylną pewność? Sądzimy, że jeszcze nie; a to przekonanie o tej niezupełnej pewności największej może przyczynić się do obalenia przesadnych nadziei i przesadnych lęków. Zastanówmy się jednak nad tem, gdzie my zajdziemy, jeśli z jednej strony wymaga się od ludzi nauki, ażeby badali bakterye morowe, ich hodowle i wytworzyli surowicę przeciwmorową, jako konieczną potrzebę społeczną do zwalczania możebnej i u nas epidemii moru, a z drugiej niszczymy hodowle, wybijamy zwierzęta szczepione, potrzebne do wytworzenia surowicy i tym sposobem pozbawiamy pracownię jedynej broni do zwalczania epidemii«. W dalszym ciągu zwraca autor uwagę na tę okoliczność, że same bakterye jeszcze nie stanowią jedynej przyczyny chorób zakaźnych, że potrzebny tu jeszcze podkład społeczny, a głównie brak zasad higieny; nagadawszy dalej do syta dziennikom politycznym, które trzymają społeczeństwa w wiecznym lęku, przechodzącym w nieprzytomność, gdy w istocie coś się wydarzy, wzywa do przywołania z wygnania dawnych powag, wydalonych przez nowoczesną naukę, t. j. krytycyzmu i logiki. Wreszcie zwraca Dr. Kahane uwagę bakteryologów na potrzebę dalszego badania prątków moru, w szczególności na stwierdzenie, czy nie istnieją prątki moru wrzekome, jak to ma miejsce z prątkami cholery i błonicy, a zakańcza swój rozumny wywód powołaniem się na powagę Weichselbauma, Ghona i Alberta, którzy w cennej i wyczerpującej pracy o prątku moru stwierdzili jego wielokształtność, a tem samem wielką trudność do ścisłego i szybkiego rozpoznania.

Jak widzimy, sprawa »moru w Krakowie«, roztrząsaną jest na obczyźnie o wiele spokojniej, rozważniej, a tem samem zupełnie inaczej, niż u nas. Dziś, gdy już wszyscy wiemy, że niema ofiar moru w Krakowie, bo nie było zarazy, godzi się podnieść, ze względu na sprzeczne zdania, stronę prawną tej sprawy, mianowicie, czy bakteryolog, stojący na czele zakładu uniwersyteckiego, ma nieograniczoną swobodę robienia doświadczeń naukowych z bakteryami chorobotwórczemi, a mamy na myśli głównie bakterye cholery, błonicy, moru, nosacizny, grużlicy, wąglika itd. i czy istnieje gdzie jaka ustawa, ograniczająca te badania naukowe, na wzór przepisów, obowiązujących np. te zakłady fabryczne, które wyrabiają produkty trujące, wybuchowe itd.? Otóż żadna ustawa specyalna nie nakłada na kierowników bakteryologicznych zakładów uniwersyteckich ograniczeń w tym względzie, a z natury stanowiska profesorskiego i zakresu badań naukowych, nakładać nie może. Rząd może zakazać dalszych badań i z tego prawa skorzystał w Wiedniu i Krakowie, lecz jest to nie zasadnicze prawo dowolnego ograniczenia badań naukowych wogóle, lecz dyskrecyonalne, tymczasowe, polegające na przeświadczeniu rządu, że ten lub ów zakład nie posiada na razie warunków bezpieczeństwa do tego rodzaju badań. Lecz i to prawo rządu, jak każde prawo, pociąga za sobą obowiązki, a obowiązki te polegają na tem, ażeby wszystkie zakłady bakteryologiczne, lekarskie i weterynaryjne, jako zakłady rządowe, posiadały warunki bezpieczeństwa, t. j. aby ludzie, którzy tam narażają swoje życie, posiadali wszystkie środki do samoobrony. Gdyby więc nastąpiło zakażenie, raczej rząd należałoby czynić odpowiedzialnym, a nie tych zasłużonych badaczy, którzy z narażeniem własnego życia, a dzięki właśnie swobodzie naukowego badania, potrafili w ciągu 20 ostatnich lat obniżyć znakomicie śmiertelność z niektórych chorób zakaźnych, a nawet, dzięki szybkiemu rozpoznawaniu i tłumieniu pierwszych przypadków, zażegnać nie jedną epidemię, dotychczas morderczą.

* Kongres internistów niemieckich zbierze się między 18 a 21 kwietnia 1900 r. w Wiesbadenie pod przewodnictwem dra Jakscha z Pragi. Składka wynosi 15 marek. — Z kongresem połączoną będzie wystawa lekarska. Zgłaszać się należy pod adresem Dr. Emila Pfeiffera (*Wiesbaden, Parkstrasse, 13*).

* Z Włoch wychodzi hasło do zwołania międzynarodowej konferencyi sanitarnej, któraby wyraźnie i stanowczo określiła warunki, upoważniające rządy do zaprowadzenia kwarantany w razie wybuchu epidemii moru, cholery itd.

* Pod złą wróżbą rozpoczął się dla Anglików rok 1900. Trapią ich nie tylko niepowodzenia na afrykańskim placu bojowym, ale i grypa (influenza), przebiegająca tam z nadzwyczajną złośliwością. Niemniej morderczą jest taka sama epidemia w północnych Włoszech, która zabiera bardzo wiele ofiar w Turynie i Livurno.

Nekrologia. We Lwowie zmarł dr. Teodor Błotnicki, lekarz chorób kobiecych.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 4: Pruszyńskiego: Prof. Edward Korczyński (rys biograficzny). Nenckiego M. i Zaleskiego J.: O zachowaniu się nadtlenków benzoylu i wapna w przewodzie pokarmowym człowieka i psa (dok.). Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (*Exopthalmos pulsans*) (c. d). W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 1: Dr. Herynga T.: O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani. Dr. Warmana M.: Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy. Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w guberni radomskiej. Dr. Tokarskiego Z.: Sprawozdanie z działalności Szpitala fabrycznego w Żyrardowie za rok 1898—1899. W *Nowinach lekarskich* Nr. 2: Dr. Zanietowskiego: O nowszych metodach elektroterapeutycznych i elektrodyagnostycznych neurologicznych szkół niemieckich. Dr. Jerzykowskiego S.: O moczówce prostej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Piotrowski J. (Warszawa): Z kazuistyki szpitalnej. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*, 1899).

— Dr. Higier H.: O swoistem zamroczeniu świadomości w okresie pohipnotycznym. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*, 1899).

— Tenże: O działaniu leczniczem dioniny.

— Dr. Spira R.: Otalgia nervosa. (Odbitka z *Przeg. lekar.* 1900 rok).

— Biegański Wł.: Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Warszawa, 1900.

— Ciągliński K.: O grypie przewlekłej. (Odbitka z *Gaz. lek.* 1899 rok).

— Dr. Stankiewicz Cz.: O wolnych krwotokach brzusznych w przebiegu ciąży zamacicznej. (Odbitka z *Czasopisma lekarskiego*, Nr. 12, 1899 rok).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 7 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Witkowskiego* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Browicz mówić będzie: „O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych włoskowatych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**